

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

DANIELLE MARA CAPRIOLI

**OCORRÊNCIA DE FRATURAS EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE
FISIOTERAPIA DO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA – MA**

SÃO LUIS - MA

2010

DANIELLE MARA CAPRIOLI

**OCORRÊNCIA DE FRATURAS EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE
FISIOTERAPIA DO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA- MA**

Monografia de Especialização em Saúde do Idoso apresentada ao Curso de Saúde do Idoso do LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Orientadora: Prof^a. Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

SÃO LUIS - MA

2010

DANIELLE MARA CAPRIOLI

**OCORRÊNCIA DE FRATURAS EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE
FISIOTERAPIA DO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde do Idoso do LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

RESUMO

Envelhecer é uma experiência de vida e, para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida, é necessário o bem-estar físico e a autoindependência. É preciso que o idoso esteja informado das possibilidades de melhorar, modificar, preservar e desenvolver um potencial que, na maioria das vezes, ele não sabe que ainda possui. O processo de envelhecimento acaba por trazer várias alterações, fisiológicas e anatômicas, deixando-o mais vulnerável e frágil, podendo estar propenso a sofrer quedas e fraturas. Objetivou-se analisar o índice de fraturas em idosos atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do município de Chapadinha-MA nos anos de 2008 e 2009 através de um estudo descritivo retrospectivo, enfatizando os principais pontos de discussão relacionados à questão das principais causas que os idosos sofrem com quedas e fraturas, as alterações fisiológicas, patologias associadas e os tipos de fraturas sofridas. Os resultados da pesquisa revelaram que dos 217 pacientes atendidos, 41 sofreram fraturas, 71% eram do sexo feminino, e a média de faixa etária encontra-se em 68,6 anos. A fratura mais comum foi a de punho, seguida de úmero e fêmur.

Palavras-chave: Quedas, Fratura, Idoso.

ABSTRACT

Ageing is a life experience and so that the individual has a good quality of life, you need the physical well-being and autoindependência. It takes the elderly to be informed of opportunities to improve, modify, maintain and develop a potential which, in most cases, he does not know it still owns. The aging process ultimately bring many changes, physiological and anatomical, leaving it more vulnerable and fragile and can be prone to suffer falls and fractures. This study aimed to analyze the rate of fractures in the elderly in the Outpatient Physiotherapy municipality of Chapadinha-MA in the years 2008 and 2009 through a retrospective descriptive study, emphasizing the main points of discussion related to the issue of the main causes that the elderly suffer with falls and fractures, physiological changes, associated diseases and the types of fractures sustained. The survey results revealed that the 217 patients enrolled, 41 suffered fractures, 71% were female, and the average age is around 68.6 years. The most common fracture was the wrist, followed by the humerus and femur.

Keywords: Falls, Fractures, Elderly.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| | | p. |
| 1 | INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 | OBJETIVOS | 7 |
| 2.1 | Geral | 7 |
| 2.2 | Específicos | 8 |
| 3 | ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DOS IDOSOS | 8 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 24 |
| 5 | CONCLUSÃO | 28 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um dos grandes enigmas da vida. Além do nascimento e da morte, é talvez a única experiência que todo ser humano divide. De acordo com os esclarecimentos do Ministério da Saúde, o envelhecimento humano, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Compreende-se que o envelhecimento populacional seja um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea e que este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho (LIMA-COSTA ; VERAS, 2003). Por sua vez o IBGE (2000) acrescenta que atualmente “a população idosa do Brasil representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (8,6% da população brasileira), contra cerca de 11 milhões em 1991 (7,3% da população brasileira)”.

O aumento do número de idosos vem acompanhado de mudanças significativas no perfil epidemiológico dessa população. Nos últimos 40 anos, o Brasil passou de um perfil de saúde caracterizado pelas doenças infecto-contagiosas para um em que as enfermidades crônicas não-transmissíveis são predominantes (VERAS, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Todas as pessoas, animais e plantas passam por transformações com o passar dos anos. Essas modificações podem ser consideradas como uma involução morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos e leva a um gradual declínio na performance dos indivíduos, culminando com a morte. O termo envelhecimento é utilizado para indicar tais transformações. Entretanto, o Ministério da Saúde adverte que “não devemos considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa

idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce de certas doenças”. (BRASIL, 2006).

Vale lembrar que, embora a maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam a vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Assim, o conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003).

O envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda. Nesta perspectiva, as quedas de idosos são atualmente uma das preocupações, pela frequência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida (SIQUEIRA et al; 2007).

As informações sobre as condições de saúde e sociais da população idosa de áreas específicas, como o município de Chapadinha, no interior do Maranhão, bem como suas necessidades diante dos problemas decorrentes de quedas e fraturas são fundamentais para um planejamento da atenção, prevenção e promoção da saúde. Um estudo sobre a ocorrência de fraturas nos idosos atendidos no Ambulatório de Fisioterapia se faz necessário para a criação e planejamento de ações e execução de medidas preventivas, bem como sensibilizar gestores e população como um todo, sobre a importância de orientações sobre quedas e fraturas em idosos.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Estudar a ocorrência de fraturas em idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia da cidade de Chapadinha –MA nos anos de 2008 e 2009.

2.2. Específicos

- Identificar as características demográficas dos idosos;
- Verificar a incidência de fraturas nessa população;
- Caracterizar as fraturas com maior ocorrência.

3 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DOS IDOSOS

A velhice constitui uma das etapas da vida. Ninguém fica velho ao completar 60 anos. O envelhecimento é um processo que vai acontecendo ao longo do tempo. As diferentes células que compõem o organismo humano vão envelhecendo: algumas se renovam outras diminuem em número, outras se tornam menos efetivas, e outras não se renovam como os neurônios é um processo multicausal, multifatorial e deve ser avaliado não só sob o ponto de vista cronológico, mas também biológico, psíquico, social e funcional, levando em conta a forma singular, original, particular e diferenciada desta fase (DELIBERATO,2002).

Okuma (1998) diz que a velhice não é definível por simples cronologia, e sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde do indivíduo, sugerindo que o processo de envelhecimento é pessoal e diferenciado. Nessa perspectiva, a autora considera que o envelhecimento humano constitui um padrão de modificações e não um processo unilateral, mas sim, a soma de vários processos entre si, os quais envolvem aspectos biopsicossociais. Portanto, na velhice como em qualquer outra idade, há pessoas sãs e pessoas doentes. A verdade é que muitas das enfermidades, supostamente próprias da velhice e que, já existiam antes da chegada desta faixa etária, apenas se manifestavam com menor intensidade, porém agora, aceleram o seu curso. Isto não exclui o fato de que com o passar dos anos, processe-se no organismo mudanças naturais que constituam uma velhice sã e normal.

Oportunamente (OKUMA,1998) se pronuncia afirmando que a chegada da velhice, as alterações anatômicas são principalmente as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. A pele que resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade. Os cabelos que embranquecem e caem com maior freqüência e facilidade não são mais naturalmente substituídos, principalmente nos homens. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais

as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Nas vísceras, produz-se uma alteração causada pelos elementos glandulares do tecido conjuntivo e certa atrofia secundária, como a perda de peso. Quanto ao sistema cardiovascular, é próprio das fases adiantadas da velhice, a dilatação aórtica e a hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial.

Na parte fisiológica, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos. Porém, acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual. O organismo torna-se cada vez mais difícil para ambos os sexos, contudo, a atividade sexual não desaparece, apenas torna-se menos intensa e freqüente (DELIBERATO,2002). Também é importante salientar que devido às influências multifatoriais do envelhecimento, ocorrem no idoso, alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio, prejudicando-se assim a mobilidade corporal. Portanto, os indivíduos da terceira idade que buscam fazer uso da prática regular no campo da cultura corporal, propiciam ao organismo uma diminuição ou desaceleração da velocidade do espiral descendente, a qual implica em suscetibilidades diante dos problemas que envolvem a mobilidade, completa o autor.

Assim, pode-se inferir que os aspectos ligados à mobilidade estão diretamente voltados à saúde das estruturas ósseas, que na terceira idade apresenta-se de uma forma mais comprometida do que na fase adulta, especialmente àquelas pessoas que têm como hábito o fumo e a ingestão elevada de cafeína e álcool, associados a uma alimentação pobre em cálcio. Os problemas de osteoporose, ao contrário do que se pensa, não estão ligados apenas ao risco de fraturas, mas também implicam na diminuição da mobilidade articular, em função do desgaste ósseo das articulações (encaixes ósseos).

Muito do decréscimo na função fisiológica pode estar relacionado com o descondicionamento ou desuso. Algumas alterações se devem a processos patológicos ou doenças e não ao envelhecimento: diminuição da velocidade do sistema nervoso central, por perda de mielina das fibras nervosas; diminuição da massa muscular e óssea (cada vez menos capaz de suportar carga, ou seja, mais exposto à fraturas); os ligamentos vão fibrosando; há perda de 30% de água

corporal; diminuição da amplitude de movimento o que aumenta o risco de lesões em movimentos de flexibilidade; diminuição do equilíbrio, aumentando o risco de quedas e alterações na marcha; aumento da resistência vascular periférica o que aumenta a pressão arterial; diminuição da expansibilidade torácica e aumento da complacência pulmonar; diminuição das mitocôndrias, o que diminui a capacidade do sistema aeróbico e conseqüentemente diminui o consumo de oxigênio (ORTOLAN, 2006).

Patologias associadas

Artrite reumática

A artrite reumatóide é uma doença inflamatória crônica de origem auto-imune que acomete principalmente articulações sinoviais, causando dores, deformidades progressivas e incapacidade funcional. É uma doença muito freqüente, aproximadamente 10% dos problemas em articulações são devido à artrite reumatóide. As mulheres são duas vezes mais afetadas do que os homens e sua incidência aumenta com a idade. A maior incidência da artrite ocorre em pessoas entre 50 e 70 anos. Com a progressão da doença, os indivíduos portadores de artrite desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional, além da redução da expectativa de vida tanto em homens como em mulheres (CLEMENTE,1998).

Osteoartrose

Dentre todas as patologias que acometem os indivíduos a partir da 4ª década da vida, sem dúvidas, é a osteoartrose a mais comum delas, estimando-se que ocorra em até 90 % da população adulta. É ela tão antiga como a própria história da humanidade, acometendo indistintamente todos os vertebrados. A osteoartrose, também chamada de artrose, processo degradativo articular, processo degenerativo articular etc., resulta de um processo anormal entre a destruição cartilaginosa e a reparação da mesma (CLEMENTE,1998).

Osteoporose

Osteoporose é a doença óssea metabólica mais freqüente, sendo a fratura a sua manifestação clínica. É definida patologicamente como "diminuição absoluta da quantidade de osso e desestruturação da sua microarquitetura, levando a um estado de fragilidade em que podem ocorrer fraturas após traumas mínimos". É considerado um grave problema de saúde pública, sendo uma das mais importantes doenças associadas com o envelhecimento.

A fratura de fêmur é a consequência mais dramática da osteoporose. Aproximadamente 15% a 20% dos pacientes com fratura de quadril morrem devido à fratura ou suas complicações durante a cirurgia, ou mais tarde por embolia ou problemas cardiopulmonares em um período de 3 meses e 1/3 do total de fraturados morrerão em 6 meses. Os restantes, em sua maioria, ficam com graus variáveis de incapacidade. Em aproximadamente 20% dos casos pode ser identificada uma doença da qual a osteoporose é secundária e nos 80% restantes os pacientes são portadores de osteoporose da pós-menopausa ou osteoporose senil (CLEMENTE,1998).

Doença de Parkinson

Parkinsonismo, Síndrome de Parkinson, Parkinsonismo atípico ou Parkinsonismo secundário é uma síndrome específica caracterizada por tremor, hipocinesia, rigidez e instabilidade postural. A causa mais comum de parkinsonismo é a condição neurodegenerativa conhecida como doença de Parkinson, entretanto, o parkinsonismo pode ser causado por diversas outras doenças, inclusive algumas toxinas e medicamentos, algumas doenças metabólicas, e outras condições neurológicas. A dificuldade de iniciar o movimento, e a alteração na marcha aumenta o risco de quedas e conseqüentemente de fraturas.

Demências

Demência é um comprometimento cognitivo geralmente progressivo e irreversível. As funções mentais anteriormente adquiridas são gradualmente perdidas. Com o aumento da idade a demência torna-se mais freqüente. Acomete 5 a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 20% nas pessoas com

mais de 80 anos. Os fatores de risco conhecidos para a demência são: idade avançada, história de demência na família e sexo feminino. Os sintomas incluem alterações na memória, na linguagem, na capacidade de orientar-se. Há perturbações comportamentais como agitação, inquietação, andar a esmo, raiva, violência, gritos, desinibição sexual e social, impulsividade, alterações do sono, pensamento ilógico e alucinações (PAPALEO NETO,2000).

As causas de demência incluem lesões e tumores cerebrais, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), álcool, medicamentos, infecções, doenças pulmonares crônicas e doenças inflamatórias. Na maioria das vezes as demências são causadas por doenças degenerativas primárias do sistema nervoso central (SNC) e por doença vascular. Cerca de 10 a 15% dos pacientes com sintomas de demência apresentam condições tratáveis como doenças sistêmicas (doenças cardíacas, renais, endócrinas), deficiências vitamínicas, uso de medicamentos e outras doenças psiquiátricas (depressão). As demências são classificadas em vários tipos de acordo com o quadro clínico, entretanto as mais comuns são demência tipo Alzheimer e demência vascular (PAPALEO NETO,2000).

Quedas, fraturas e suas implicações em idosos

Santos (2007) diz que queda pode ser conceituada como uma mudança inesperada de posição, não intencional que faz com que o indivíduo se desloque para o nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil e sem perda de consciência prévia. No grupo de trabalho em prevenção de quedas em idosos em Kellogg Internacional expressou-se a necessidade de definir queda para melhor reconhecimento da sua ocorrência, bem como de seus fatores de risco objetivando otimizar as medidas preventivas e estabelecer programas de intervenção adequados. Os autores recomendaram que a mesma fosse reconhecida como doença no índice médico internacional, entretanto o Código Internacional de Doenças conhecido como CID-10 não definiu queda, mas ofereceu uma lista plausíveis tipos de queda, sob o tópico de “causas externas de morbididades e mortalidade-outras causas externas de lesões acidentais” (código W00-W19, do CID-10), algumas categorias aplicáveis aos idosos (SANTOS,2007).

As quedas podem ser definidas como episódios de desequilíbrios que levam o indivíduo, nesse caso, o idoso ao chão, como uma insuficiência subida do controle

postural que pode ser considerada uma síndrome, por ser um problema que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais. A instabilidade, outro fator preponderante a queda, pode ser definida como: “falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço” (ZINNI; PISSI, 2006).

Para Carvalho; Netto (2000), as quedas em idosos constituem um dos reféns principais problemas clínicos e de saúde pública devido a sua alta incidência. Porém, as conseqüências das quedas para os idosos podem ser bastante limitadoras, e em alguns casos podendo ocorrer riscos fatais, dentre esses, os principais problemas decorrentes são as fraturas (pernas, braços e coluna), lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão, entre outros fatores agravantes nessa faixa etária. Costa Neto (2000), também acrescenta que a maioria das quedas na comunidade ocorre no ambiente doméstico, devido a fatores extrínsecos, cujos locais de maior freqüência são as escadarias, o quarto, a sala e o banheiro. Destaca-se ainda que o domicílio de um idoso deva ser livre de obstáculos que possam provocar escorregões e/ou tropeções.

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Ainda segundo dados do Ministério da Saúde/ Sistema de Informação Hospitalar, a taxa de mortalidade hospitalar por queda, em fevereiro de 2000, foi de 2,58%. A maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas conseqüências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultados da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade á lesões (BRASIL, 2006).

Com o aumento gradual da expectativa de vida, a incidência de fraturas em idosos e a prevalência desses pacientes em tratamento aumentam gradativamente. Muitos são os impactos sociais e econômicos tanto em relações pessoais quanto comunitárias (TERRA; SILVA; SCHIMIDT, 2007). Assim, os idosos fazem parte de uma grande parcela dos procedimentos de recuperação funcional, principalmente por quedas e fraturas. No entendimento de Coutinho; Silva (2002), as quedas além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem ainda repercutir entre seus cuidadores e familiares, que devem se

mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação pós-queda. Os referidos autores também consideram que podem resultar em lesões grandes ou pequenas, ansiedades psicológicas da queda e diminuições de atividade física. As grandes lesões são deslocamento articular, lacerações e fraturas ósseas, enquanto que as pequenas lesões são pequenos cortes, contusões, abrasões e entorses. As grandes lesões ocorrem em apenas 6% dos idosos que vivem na comunidade, e embora as fraturas de quadril ocorram em apenas 1% das quedas, as conseqüências das lesões são na maioria das vezes catastróficas.

De acordo com estudo de Fabrício; Rodrigues; Costa Júnior (2004), a conseqüência mais comum do estudo foram as fraturas, com 64%, ocorrida em 53% do sexo masculino e 70% do feminino. Dentre elas, as mais freqüentes foram a de fêmur (62% das fraturas), seguidas pelas de rádio (12,5%), clavícula (6,25%) e outras, como coluna, úmero, escápula, patela e nariz.

Doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, mas o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco à saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes de um envelhecimento saudável. Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais e quanto para quedas recorrentes e fraturas, impondo aos profissionais de saúde o desafio de identificar os possíveis fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

Fraturas de membros superiores e inferiores em idosos

De acordo com Magalhaes (2006) o fenomeno patologico mais comum nos traumatismos são as fraturas.

I) Fraturas ocorridas nas falanges ou ossos metacárpicos (das mãos e dos dedos): podem resultar em deformidades ou em rigidez das articulações, para tanto, torna-se fundamental um tratamento cuidadoso para que se possa produzir um ótimo resultado. Porém, percebe-se que a principal complicação dessas fraturas vem a ser a rigidez articular, que pode ser bastante incapacitante para muitas atividades dos membros superiores, além do que, poderá haver sérios danos nos tecidos moles, que poderá afetar músculos, vasos sangüíneos e nervos.

II) Fraturas do escafoide: tende a ocorrer em adultos jovens como resultado de queda sobre a mão em hiperextensão.

III) Fraturas dos ossos do antebraço: ocorrem somente no rádio, na ulna ou em ambos os ossos. Se ambos os ossos estiverem fraturados, pode ser resultado de violência direta ou indireta sobre a mão em hiperextensão, havendo probabilidade e ocorrerem fraturas espirais. O deslocamento resultante pode ser de correção difícil e, em certos casos, pode exigir uma redução a céu aberto. A redução anatômica é muito importante devido á relação normal entre os dois ossos, que pode resultar em limitação da rotação e conseqüente perda da função. Nas crianças, o dano pode não ser tão grave e elas podem sofrer uma fratura em galho verde com discreta angulação, que normalmente consolida sem complicações.

IV) Fraturas do braço: as fraturas dos côndilos podem invadir as superfícies articulares e nessa condição podem causar problemas adicionais. Uma das lesões mais sérias e problemáticas que podem ocorrer é a lesão braquial, que pode ser seccionada ou contundida. Outro problema que poderá ocorrer é a ossificação pós-traumática, sendo que, se houver uma lesão grave, fragmentos do periósteo podem ser deslocados do osso, resultando em sangramento e formação de hematomas. Podem ocorrer dor e perda de movimento.

V) Fraturas na diáfise do úmero: geralmente ocorrem no terço médio do osso e podem ser devidas a trauma direto ou indireto. O trauma direto pode gerar uma fratura oblíqua ou transversal com ou sem desvio de fragmentos. Algumas complicações podem incluir o retardo de consolidação ou a pseudo-artrose, mas não é muito freqüente esse tipo de complicação.

VI) Ombro: as patologias primárias da articulação escapulotorácica, no idoso são raras. Nessa fase da vida, os idosos ainda vivem ativamente, podendo ter dor e maciez local nesse nível por uso exagerado e bursite (GALLO et al;2001).

VII) Terço distal do antebraço: As fraturas do punho apresentam grande complexidade de tipos, freqüentemente requerem tratamento cirúrgico. São lesões que prejudicam a função do membro superior, causando ansiedade e transtorno para o paciente. A fisioterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível, buscando evitar transtornos da função da mão.

VIII) Fratura do úmero Proximal: ocorre comumente com uma queda com a mão estendida.

IX) Fratura de Colles: Abraham Colles descreveu esta fratura da extremidade distal do antebraço, devido à queda sobre o braço estendido. A fratura de punho (Colles) geralmente ocorre na extremidade distal do rádio, como resultado de queda sobre a mão estendida.

As lesões de punho e mão são mais freqüentes que a lesão de cotovelo, e podem resultar em uma perda substancial da função. Essas lesões não são muito graves, porém a imobilização prolongada leva ao risco de deixar os pacientes com maciez e perda profunda da função. A fratura mais freqüente de extremidade superior na população idosa é no rádio distal. As limitações funcionais mais freqüentes que se seguem à fratura de punho no idoso são maciez do ombro e dos dedos a síndrome do túnel carpiano. As lesões esqueléticas na mão são normalmente fraturas ou deslocamentos. A maioria das fraturas das falanges do metacarpo é pouco deslocada, ou nem o é, e exige engessamento somente por 7 a 21 dias, até que esteja confortável (CUNHA; VEADO, 2006).

Segundo Papaléo Netto (2000), o ponto fundamental discutido entre vários autores na literatura, é o fato de que se torna essencial a prevenção de futuras quedas entre os idosos, recuperando assim, a segurança e a auto-estima do paciente idoso. Os ossos do membro inferior segundo Rosa Filho (2006) apóiam carga, e na maioria das vezes, essas cargas podem vir a causar uma fratura ou uma perda de mobilidade onde o indivíduo poderá ficar incapaz de andar e assim será necessária a utilização de muletas, bengala ou de um andador. Para os idosos, essa fratura poderá ser de grande risco, isso devido à estrutura óssea estar mais fragilizada. As principais fraturas ocorridas nos membros inferiores, segundo Rosa Filho (2006) são:

I) Fraturas do pé: as falanges e os metatarsos têm mais probabilidade de serem fraturados pela queda de um objeto pesado sobre o pé. Essas fraturas não requerem redução e imobilização como regra. Em geral, é uma fratura que se manifesta por uma pequena linha de fissura que afeta a diáfise ou o colo do segundo ou terceiro metatársico.

II) Fraturas na região do tornozelo: são comuns nessa região onde as extremidades distais da tíbia e da fíbula geralmente se associam à luxação do tornozelo. A limitação do movimento na articulação do tornozelo e do pé poderá resultar em aderências peri e intra-articulares ou de rompimento das superfícies articulares.

III) Fraturas na região do joelho: a lesão nos côndilos tibiais em geral poderá afetar o côndilo lateral, podendo compreender em uma fratura cominutiva por compressão ou uma fratura com achatamento do platô. As fraturas dos côndilos femorais não são comuns, mas a fratura supracondilar ocorrer mais freqüentemente e em geral como resultado de violência considerável. A habilidade limitada em caminhar diminui a interação do paciente com o ambiente, resultando em menor independência e menor qualidade de vida.

IV) A articulação do quadril: As fraturas na região do quadril são divididas em: colo do fêmur, as transtrocanterianas e as subtrocantarianas. As fraturas do colo do fêmur no idoso, quando impactadas, não apresentam deformidade clínica aparente e podem permitir, até mesmo, a deambulação com desconforto ou dor leve. Necessitam diagnóstico precoce, pois a fixação pode prevenir o desvio da lesão e o comprometimento da vascularização da cabeça femural. Geralmente a fratura de quadril ocorre no colo do fêmur, como resultado de queda ou espontaneamente. Podem associar-se a complicações graves e morbidade significativa.

V) Fraturas do fêmur: a fratura do fêmur é comum entre indivíduos idosos. Possuem elevados índices de mortalidade e morbidade. Quando sua incidência, a fratura do fêmur aumenta com a idade, a partir dos 50 anos, e sendo mais freqüente em mulheres. Estas fraturas da extremidade superior do fêmur são menos freqüentes do que as fraturas vertebrais.

VI) Fraturas da diáfise do fêmur: são resultados de traumatismos graves e podem ocorrer em qualquer parte da diáfise. Pode ser do tipo transversal, oblíqua, espiral e cominutiva. Geralmente, os desvios são acentuados como sobreposição dos fragmentos, que podem provocar encurtamento se não forem corrigidos. As fraturas do fêmur podem ser divididas em três grupos, sendo elas: a) fraturas proximais, b) fraturas da diáfise, c) fraturas distais.

A fratura de extremidade proximal do fêmur é a causa mais importante de morbidade e mortalidade em idosos, responsabilizando-se por grande parte das cirurgias e ocupação de leitos em enfermarias ortopédicas. Constituindo assim, muitas vezes, seqüelas e conseqüências gravíssimas na vida do idoso, com grandes complicações no seu bem-estar físico, psíquico e social, (CUNHA; VEADO, 2006).

VII) Fratura do Colo do Fêmur: localiza-se no colo do fêmur, podendo ser dividida em: fratura intracapsular que leva geralmente à interrupção do aporte sanguíneo à cabeça do fêmur, e isto explica a grande incidência de necrose

asséptica e de falta de consolidação neste tipo de fratura. Segundo Fréz (2003), a cabeça do fêmur não é uma esfera perfeita, sua articulação é congruente apenas na posição de sustentação de peso. Contudo, na cabeça e no colo femoral existe um sistema de suporte formado por osso trabecular. Esse sistema, no entanto, foi descrito por Ward em 1838, sendo ele composto por cinco grupos normais de trabéculas no fêmur proximal. Na região subtrocantária existe a transição do osso esponjoso da região intertrocantária para o osso cortical espesso da diáfise, (RUSSELL; TAYLOR apud FRÉZ, 2003). Relata-se que, a diáfise estende desde o nível do trocânter menor até a dilatação dos côndilos, sendo ligeiramente arqueada e é mais estreita em seu terço médio. Sua secção transversa é aproximadamente circular, exceto na linha áspera que corre baixo pela face posterior, é a fixação para vários músculos, além é claro, de reforçar posteriormente para contrabalancear com as forças de flexão ântero-posterior que ocorrem durante a sustentação de peso. Percebe-se, no entanto, que o eixo anatômico do fêmur é diferente do eixo de sustentação do peso, sendo que este último passa através da cabeça do fêmur e do meio da articulação do joelho, formando 3º com a vertical. O eixo femoral anatômico tem uma angulação em valgo de 7º em relação ao eixo vertical (FRÉZ, 2003).

VIII) Fraturas das Diáfises da Tíbia e da Fíbula: essas fraturas são freqüentes e podem ocorrer em todas as idades, como resultado de trauma direto ou indireto. Em geral, são fraturas expostas por causa de violência direta ou da situação superficial da tíbia e os fragmentos podem ficar expostos. Pode ser cominutiva e complicada ainda mais por lesão dos tecidos moles. As fraturas causadas por uma força rotatória, geralmente são espirais e a fratura dos dois ossos é observada em níveis diferentes. Nas fraturas com desvio, a tíbia deve ser reduzida e qualquer lesão dos tecidos moles deve ser reparada com prioridade (ROSA FILHO, 2006).

As fraturas da tíbia ou da fíbula isoladas não são muito comuns. A tíbia pode ser a sede de uma fratura por estresse, devido a pequenos traumas repetidos. A fratura da fíbula pode complicar-se por uma ruptura do ligamento tibiofibular distal.

Fraturas do tronco e cabeça

Segundo Gallo et al (2001, p. 358), as lesões de coluna vertebral e tronco, são muito freqüentes em pacientes idosos, podendo variar de torções simples até fraturas significativas, com conseqüências drásticas.

I) Coluna vertebral: As fraturas da coluna vertebral podem ocorrer por causa de um trauma moderado, ou espontaneamente, devido à diminuição da resistência óssea. São quadros bastante dolorosos necessitando de analgesia, repouso e controle das condições clínicas. O tratamento cirúrgico pode estar indicado nos casos em que ocorrem grandes deformidades, comprometimento importante do canal medular ou das raízes nervosas, gerando transtornos neurológicos. Conforme a complexidade do quadro apresentado, realizasse a instrumentação cirúrgica da coluna buscando a estabilização ou a vertebroplastia. A fratura da coluna vertebral possui as seguintes características:

Lesão traumática na coluna vertebral (espinha dorsal); Dor local acentuada; Deslocamento de vértebras; Dormência nos membros; Paralisia de membros (GALLO, 2001).

II) Fratura Intertrocantérica: são fraturas geralmente provocadas por uma queda, normalmente ao nível do solo. Estas fraturas são classificadas de acordo com o número de fragmentos ósseos. As fraturas do tronco, também freqüentes em idosos, são fraturas das costelas e da pelve. As costelas podem ser facilmente fraturadas na osteoporose como resultado de golpes torácicos, geralmente por queda (GALLO et al, 2001).

Segundo Rosa Filho (2006), a coluna constitui o pilar principal do tronco. Na região dorsal ela se organiza à 1/4 da espessura do tórax, abrindo espaço para os órgãos, principalmente do mediastino, para que tenham condições de funcionamento. Na região cervical ela se localiza à 1/3 da espessura do pescoço, devido sua função de equilibrar o centro de gravidade da cabeça. Na região lombar, a coluna é totalmente central, para que possa suportar as forças ascendentes e descendentes que chegam até ela.

III) Pescoço: O crânio é suficientemente forte para absorver os impactos sofridos. Entretanto, sendo a coluna cervical muito mais flexível, não tolera grandes pressões de impacto sem sofrer angulações ou compressões. Movimentos de hiperextensão ou hiperflexão do pescoço levam a angulações importantes, podendo resultar em fraturas ou deslocamentos das vértebras. As compressões com as vértebras alinhadas podem resultar em esmagamento de corpos vertebrais. Todas estas lesões podem desestabilizar a coluna, permitindo a colisão dessas estruturas com a medula espinhal, causando lesões irreversíveis. Em impactos laterais, a cabeça se aproxima do ponto de impacto em relação ao eixo lateral e

anteroposterior (devido à rotação). Esses movimentos levam à separação dos corpos vertebrais do lado oposto ao impacto, rompendo ligamentos e, à compressão do lado do impacto, resultando em fraturas. (ROSA FILHO, 2006).

As fraturas e suas complicações

Um dos problemas mais sérios e freqüentes para os idosos, segundo Rosa Filho (2006) são as quedas sofridas por eles. Com um quadro de saúde normalmente mais comprometido, os processos de queda podem, na maioria das vezes, complicações de fraturas agravantes para esses indivíduos. As quedas podem ocasionar fraturas, medo, insegurança, reduzir a mobilidade das pessoas e provocar uma complicação silenciosa. A queda para o idoso pode significar mais do que eventualidade clínica, pois, poderá determinar para sua vida, uma série de comprometimentos suficiente para levar o indivíduo a ter seqüelas para o resto de sua vida.

Os idosos, segundo Candeloro; Silva (2006), tendem a ter mais fraturas do fêmur do que outras fraturas, isso devido às quedas e outros fatores já mencionados. No entanto, com a idade avançada, a demência, senilidade, desaceleram, mas não chegam a subtrair a evolução do processo reparador, no entanto, esse processo de reparação só consolida desde que sejam submetidas ao tratamento clássico, que coincide em todas as idades, em todos os casos, na redução dos fragmentos, imobilização continuada até o final da consolidação e recuperação. O aumento do risco de queda em pacientes como osteoartrose é compensado pelo aumento da massa óssea. Em caso de fratura este aumento de massa óssea protege o colo do fêmur contra fraturas, mas não a região intertrocanteriana. O tratamento, segundo os autores, devem ser adequados para suprir a dor e permitir a mobilização precoce, fator fundamental do reequilíbrio das condições vitais do idoso.

Candeloro; Silva (2006) esclarecem ainda que na maioria das vezes as fraturas provenientes de quedas podem trazer sérias complicações para o idoso, o que na maioria das vezes, necessitando de cirurgias com pino e placas, sendo possível uma mobilização mais precoce, evitando, portanto, complicações pós-

operatórios. Em pacientes idosos com osteoporose tem mais risco de serem acometidos por este tipo de fratura.

As quedas em idoso muitas vezes apresentam seqüelas graves, tendo ainda como conseqüência, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Contudo, essa restrição às atividades físicas podem ser devido a dores persistentes e intensas ou incapacitantes por lesões associadas ou por aconselhamento de profissionais da saúde (PAIXÃO; HECKMANN, 2002).

Segundo Fréz (2003), as pessoas idosas que caíram acabam por sua vez experimentando o medo de novas quedas e, a perda de confiança poderá resultar em restrições de atividades físicas e transferências para um ambiente mais limitado. Dessa forma, percebe-se que essas quedas poderão produzir sintomas de ansiedade e depressão, pelos prejuízos impostos pelas limitações funcionais geradas.

Para Carvalho; Coutinho (2006) as quedas, além de produzirem um número considerável de perda de autonomia e qualidade de vida entre os idosos, podem também vir a repercutir entre os entes, o cuidado para se evitar possíveis fraturas que poderão colocar em risco a saúde e a vida do idoso, devendo para tanto, a família se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda sua rotina de recuperação ou adaptação do idoso após a queda. É importante salientar que, em muitas ocasiões, essas quedas poderá gerar não apenas o prejuízo físico e psicológico, mas também um relevado aumento financeiro com cuidados de saúde, expressos pela utilização de diversos serviços especializados e hospitalizações e medicamentos (FRÉZ, 2003).

Fisioterapia geriátrica

Em cada fase da vida, tem-se necessidades diferentes, mas sempre o mesmo sagrado direito à dignidade de poder viver em plenitude. E viver em plenitude na terceira idade é viver com saúde, mobilidade, possibilidades de escolhas e condições para desfrutar as experiências da vida e vivenciar cada momento. As expectativas de uma vida mais saudável podem ser sinônimas de uma vida sem incapacidades físicas ou controle das mesmas. Atingir este objetivo requer cuidados contínuos de prevenção e de reabilitação. Com o aumento da expectativa de vida

funcional, o idoso torna-se mais independente nas suas atividades diárias e, conseqüentemente, na sua vida social. A recuperação e a manutenção da saúde tornam o processo de envelhecer uma fase a ser vivida com plenitude e alegria. A fisioterapia em geriatria tem objetivo prevenir e tratar as alterações que se apresentam nos idosos e que lhes interfiram nas suas capacidades funcionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, realizado no Ambulatório de Fisioterapia do município de Chapadinda-MA, nos anos de 2008 e 2009.

O município de Chapadinda possui uma área de 3.247 km². Esta localizada na região Nordeste do Brasil. Está na mesorregião do Leste Maranhense, e é o centro da microrregião. De acordo com o IBGE (2009), o município de Chapadinda no estado do Maranhão, tem uma população total de 70.537 habitantes. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idosos são as pessoas que possuem idade igual ou superior a 60 anos. Para o município de Chapadinda-MA isso responde a 6.666 pessoas, ou seja, 9,45% da população do município (BRASIL, 2009).

Chapadinda possui desde abril de 2003 um Ambulatório de Fisioterapia que proporciona atendimento a população de todo município bem como da região a que faz parte. O setor está estabelecido no Hospital São Francisco, o qual é mantido pela Prefeitura deste município. Possui dois fisioterapeutas que prestam serviço de segunda a sexta-feira a todos os pacientes com encaminhamento médico para a avaliação em fisioterapia.

Para este estudo foram separados os registros de pacientes atendidos no ambulatório nos anos de 2008 e 2009, de ambos os sexos com ano de nascimento igual ou inferior a 1948. Destes registros 217 foram selecionados pela faixa etária e identificados como idosos (60 anos ou mais), e se enquadravam no critério de inclusão de ter encaminhamento médico para recuperação funcional pós-fratura e que durante sua anamnese relataram que o motivo da fratura foi de queda – assim, a população do estudo totalizou 41 pacientes (18,89% do total de idosos atendidos no período) e um total de 43 fraturas. As variáveis independentes incluídas nesta análise foram: sexo, faixa etária e encaminhamento médico para tratamento fisioterápico.

O projeto de pesquisa encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS N°. 196/96, em vigor em todo território nacional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se que a queda para o idoso pode significar mais do que um acontecimento ou seja, poderá determinar uma série de comprometimentos suficiente para leva-lo a ter seqüelas para o resto de sua vida. Partindo-se desse entendimento diz que dentre os pacientes atendidos no serviço de fisioterapia nos anos de 2008 e 2009, 217 eram idosos, com encaminhamentos médicos com as mais diversas patologias. Durante a análise dos prontuários dos idosos, identificou-se que 41 idosos tiveram diagnóstico fisioterápico de recuperação funcional pós-fratura, após um episódio de queda (gráfico 1).

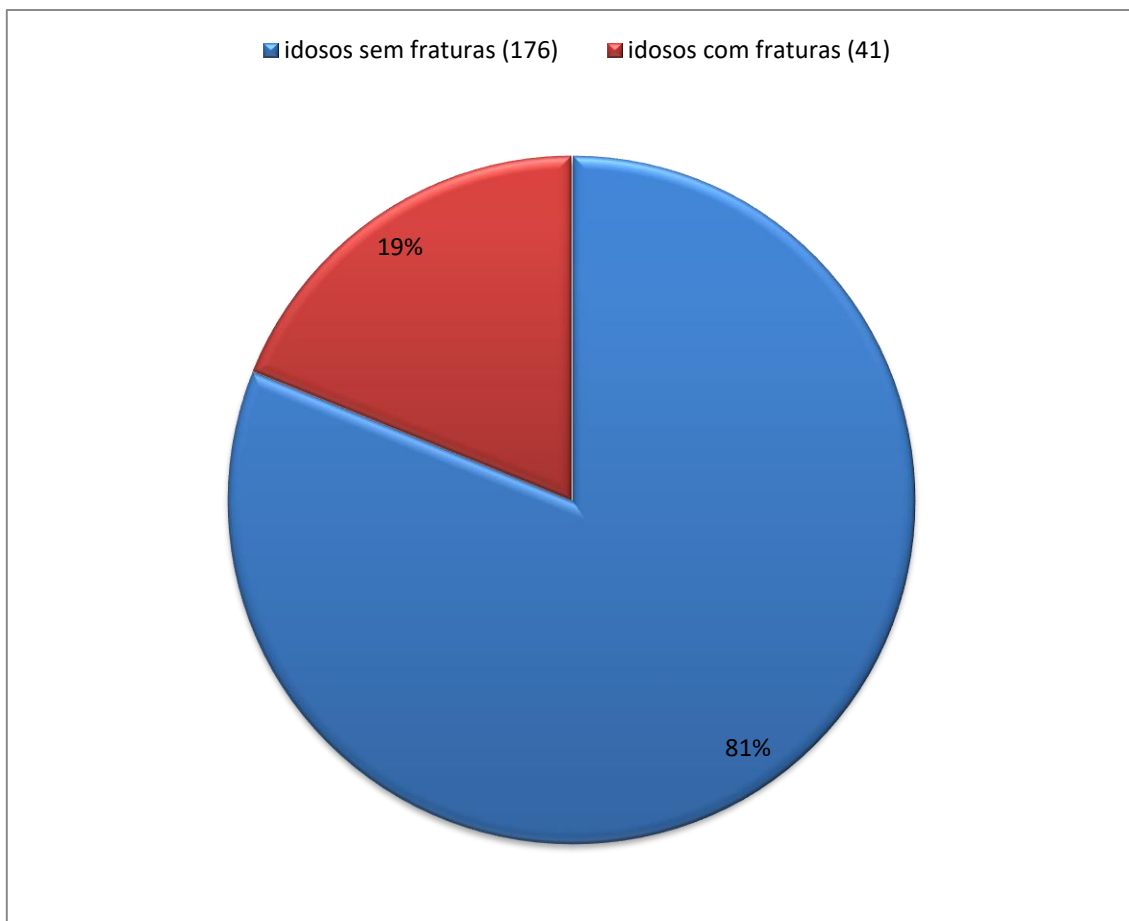


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 217 pacientes idosos atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital São Francisco de acordo com a ocorrência de fraturas por queda. Chapadinha – MA 2008/2009.

No que se refere ao sexo, o gráfico 2 mostra que a média de idade dos pacientes foi de 68,26 anos, sendo 71% (29 pessoas) do sexo feminino, e 29% (12 pessoas) do sexo masculino.

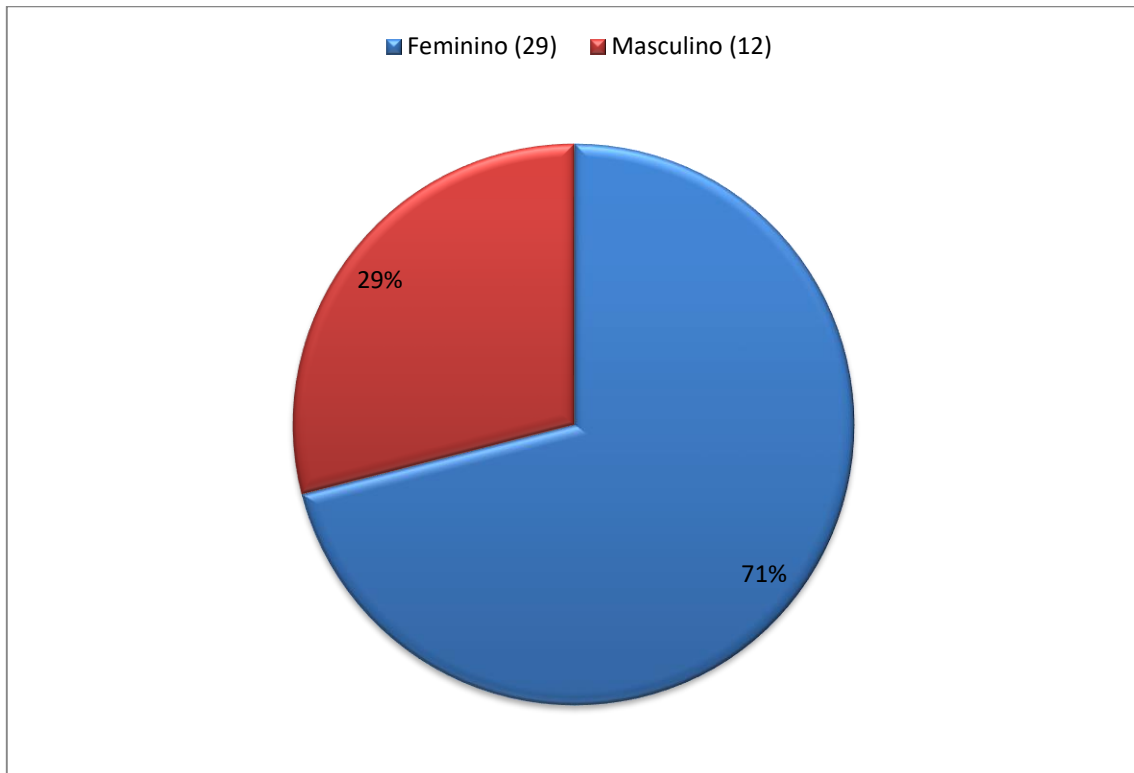


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 41 pacientes idosos com fraturas por quedas atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital São Francisco analisados por sexo. Chapadinha – MA 2008/2009.

Segundo Rosa Filho (2006), as mulheres têm até três vezes mais chances de sofrer quedas. Fraturas de quadril, fêmur, traumatismos cranianos, luxações, grandes escoriações e hematomas são alguns resultados de quedas desses idosos, que têm recuperação mais lenta e se tornam mais vulneráveis à reincidência. Esta incidência é semelhante ao estudo de Paixão e Heckmann (2002), no qual a maior parte dos idosos entrevistados por quedas são as mulheres.

Em relação a caracterização das fraturas, mostra-se que a ocorrência mais comum no estudo foram as fraturas da articulação do punho, correspondendo ao rádio 11 casos (25,58%) e fratura de ulna, 02 (4,65%) casos no sexo feminino e 4 casos de fratura de rádio no sexo masculino (9,30%). Em seguida as fraturas na articulação do ombro, com úmero tendo 08 casos (18,60%) nas mulheres e dois

casos nos homens (4,65%) e uma fratura de clavícula (2,32%) no sexo masculino. A fratura de fêmur corresponde a 8 casos (11,62%) 5 no sexo feminino e três no masculino.

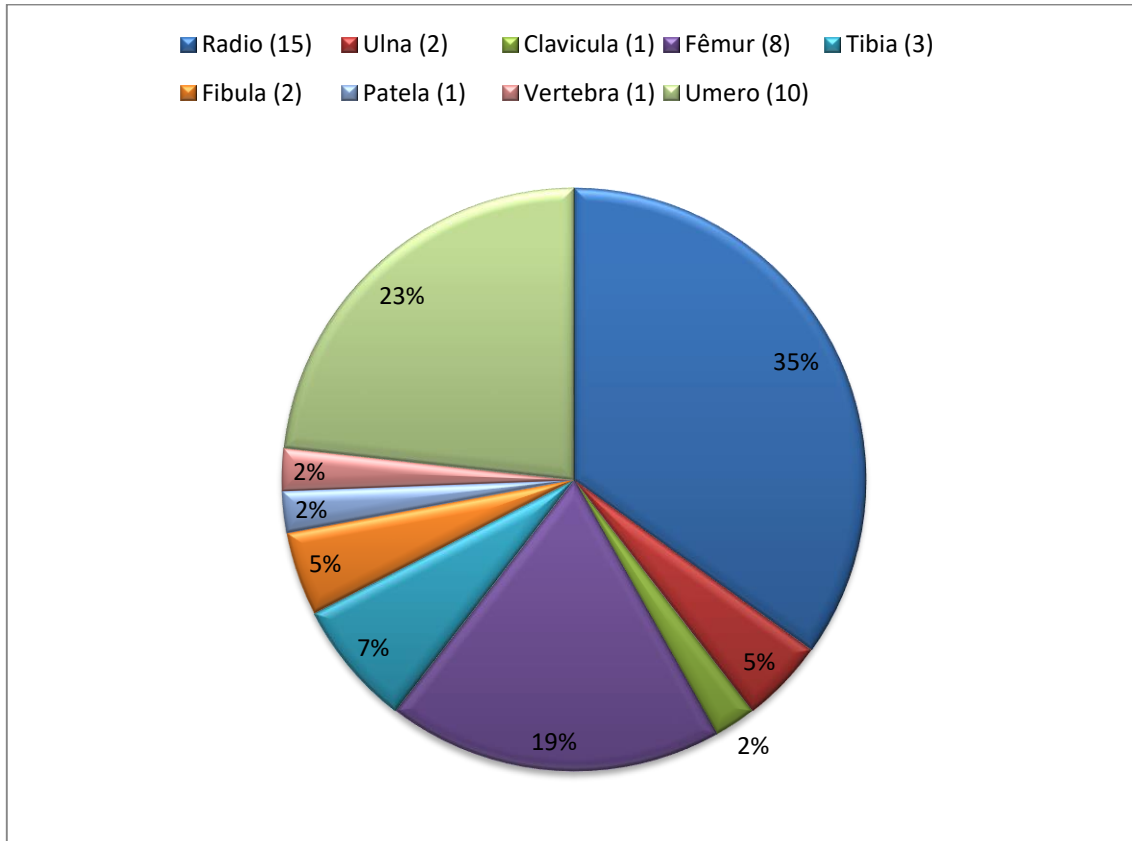


Gráfico 3 – Distribuição percentual das 43 fraturas em 41 pacientes idosos atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital São Francisco de acordo com local específico de cada fratura. Chapadinha – MA 2008/2009.

Para os números evidenciados nesta pesquisa, entende-se que as fraturas acometem em sua maioria as mulheres, o que é confirmado por Clemente (1998) que nos afirma que as fraturas são mais comuns nas mulheres do que nos homens sendo que ocorrem na proporção de 1,5:1 para fraturas de Colles (punho), 7:1 para fratura vertebral e 2:1 para fratura de colo de fêmur.

Suspeita-se, ainda, que o fato de as mulheres terem maior número de fraturas pode estar relacionado a uma maior exposição a atividades domésticas e a um comportamento de maior risco ou devido o sexo feminino apresentar sobrevida mais longa, o que faz com que o número de mulheres idosas seja maior, aumentando grupo de risco para traumas. O sexo feminino também está mais predisposto a fraturas devido à osteoporose quando comparada ao sexo oposto.

Neste estudo as fraturas de punho são as de maior incidência tanto no sexo feminino, quanto no sexo masculino. O apoio do punho é uma das primeiras reações do desequilíbrio do idoso. Essas lesões não são muito graves, porém a imobilização prolongada leva ao risco de deixar os pacientes com maciez e perda profunda da função. A fratura mais freqüente de extremidade superior na população idosa é no rádio distal.

As fraturas de fêmur apesar de ter menor incidência neste estudo, os pacientes apresentam idade avançada com perda funcional mais acentuada, a menor ocorrência no ambulatório de fisioterapia deve-se a grande perda de mobilidade funcional, muitos pacientes preferem e tem a possibilidade de atendimento domiciliar. Diz-se que esse tipo de fratura está entre as lesões traumáticas mais comuns na população idosa, pode ocorrer na região proximal, distal ou ainda na diáfise femoral. Uma vez que o osso apresenta a capacidade de transmitir a carga durante o movimento, com a fratura há perda da integridade estrutural óssea. Assim o idoso que permanece imobilizado por períodos prolongados, aumentando a debilidade.

O número de fraturas de úmero encontrados neste estudo pode estar associado às quedas com trauma direto, pode gerar uma fratura oblíqua ou transversal com ou sem desvio de fragmentos. Como as fraturas em idosos se dá na maioria por queda da mesma altura essas fraturas são muito comuns e podem incluir complicações como retardo de consolidação ou a pseudo-artrose, mas não são muito freqüentes esse tipo de complicação.

As fraturas do colo do fêmur em pacientes acima de 65 anos ocorrem, na grande maioria das vezes, por trauma de baixa energia, normalmente, história de queda da própria altura.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que:

- A) As fraturas afetam, em sua maioria, as mulheres e dentre as articulações mais acometidas tem-se punho, úmero e fêmur.
- B) A média de idade dos pacientes que apresentaram fratura foi de 68,6 anos o que comprova que com a idade mais avançada aumentam os riscos de quedas e conseqüentemente de fraturas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a pesquisa possa contribuir de alguma forma para o avanço e disseminação de conceitos a respeito da velhice e suas alterações fisiológicas decorridas com o passar dos tempos.

Durante todas as etapas da vida, o ser humano passa por processos de socialização, maturação e velhice, internalizando seus padrões de comportamento, normas, valores decorrentes do contexto ao qual estão inseridos ou da condição social à qual está vinculado. São fatores primordiais para a qualidade de vida do ser humano. Torna-se fundamental a recuperação da auto-estima do paciente idoso, e conscientizá-lo de suas limitações, dos riscos ambientais para que não venham a sofrer riscos sérios às vidas, mas uma vida saudável.

A análise dos resultados dessa pesquisa mostra mais do que um simples resultado estatístico, entende-se que o envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda. Nesta perspectiva, as quedas de idosos são atualmente uma das preocupações, pela frequência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida. A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrente de quedas. Estudos têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: a) promoção da saúde e prevenção de quedas; b) revisão das medicações; c) modificações nos domicílios; d) promoção da segurança no domicílio; e) promoção da segurança fora do domicílio. Intervenções multidisciplinares podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional

Com essa compreensão apontam-se diretrizes preventivas como recomendações para uma saudável qualidade de vida para o idoso, tais como: (quarto, banheiro, sala, cozinha, tipo de piso, degraus, escadas e pátio), pois é onde ocorre a maioria dos acidentes; posição de móveis e iluminação compatível; campanhas de orientação de cuidados com idoso, bem com programa de prevenção de quedas e fraturas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de Saude**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 19, n.3, p.735-743, maio/jun. 2003.

CANDELORO, Juliana Monteiro; SILVA, Rodrigo Renato da. **Proposta de protocolo hidroterapêutico para fraturas de fêmur na terceira idade**. Disponível em: <www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/candelorojm_silvarr.pdf>, Acesso em: 29.out.2010.

CLEMENTE, Elvo. **Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUC, 1998.

COSTA NETO, M.M. **Atenção à saúde do idoso instabilidade postural e queda**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, Aline de Mesquita e COUTINHO, Evandro da Silva Freire. **Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos**. Rev. Saúde Publica, v.36, n.4, p.448-454, 2002.

COUTINHO, Evandro S. F.; SILVA, Sidney. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública(online)**, v.18, n.5, p.1359-1366, 2002.

CUNHA, Ulisses; VEADO, Marco Antonio Castro. Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. **RBO - Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**. Disponível em: <<http://www.rbo.org.br/materia.asp?mt=1742&idIdioma>>. Acesso em: 10.nov.2010.

DELIBERATO, P. C. P; **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Baurueri, São Paulo: Manole, 2002.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 93-99, 2004.

FRÉZ, Anderson Ricardo. **Fraturas do fêmur em pacientes idosos: estudos epidemiológicos**. Cascavel: Unioeste – Universidade Oeste do Paraná, 2003.

GALLO, J. J. et al. **Assistência ao idoso aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis Pelos Domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.19, n.3, p. 700-701, 2003.

MAGALHAES, Elisa. et al. Fraturas da clavícula e primeiros socorros. **FisioWeb Wgate**. Disponível em :<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/blair_art4.htm>. Acesso em: 28.out.2010.

ORTOLAN, Emerson Luis. **Índice de fraturas em idosos com faixa etária entre 50 a 85 anos**, 2006. 70f. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2006.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.

PAPALÉO NETO, M. **Geriatria fundamentos clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PAIXÃO, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 624-634.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.19, n.3, p. 793-797, 2003.

ROSA FILHO, Blair José. Fraturas de membro superior e inferior. **FisioWeb Wgate**. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/blair_art4.htm>. Acesso em: 02.nov.2010.

SANTOS, Angela C. Silva. **Valor dos instrumentos de avaliação de risco de quedas em idosos com fibrilação atrial**. 2007. 83f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SIQUEIRA, Fernando V et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.41, n.5, p. 749-756, 2007.

TERRA, Newton Luiz; SILVA Roberta; SCHIMIDT, Olavo Forlin. **Tópicos em geriatria II**. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia, EDIPUC-RS, 2007.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun. 2003.

ZINNI, Juliana V. S.; PUSSI, Flávia Aparecida. O papel da fisioterapia na prevenção da instabilidade e quedas em idosos. **FisioWeb. Wgate**. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumatologia/instabilidade_postural_idoso.htm. Acesso em: 12.ago.2010.