

AÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE DO IDOSO: EQUILÍBRIO, PREVENÇÃO DE QUEDAS E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA COMUNIDADE - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIANE NUNES PEREIRA DUTRA¹; GABRIEL DANIELSKI²; VITOR ZANETTI³;
JOHN BANDEIRA⁴; JULIA LOPES⁵; MARIA TERESA BICCA DODE⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – marianedutra1607@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – gabriel.danielski02@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – vitorzanettir@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – johnbandeira6@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – lopexju@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – dode.maria@ufpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O crescimento absoluto da população idosa já não é mais novidade na atual sociedade na qual vivemos. Os avanços da Medicina e as mudanças nas condições de vida da população explicam esse aumento. A redução da mortalidade precoce e o aumento da expectativa de vida promoveram a inversão da pirâmide etária. Assim, a população de idosos é a que mais cresce no mundo (COIMBRA et al., 2010). Desde 1940, a esperança de vida aumentou 31,1 anos no Brasil e espera-se que, em 2025, a população idosa brasileira seja composta por mais de 33 milhões de pessoas (IBGE, 2011).

As quedas representam uma ameaça à saúde dos indivíduos idosos e podem reduzir sua independência. Entretanto, são eventos potencialmente preveníveis. Nos EUA, por exemplo, as quedas entre pessoas acima de 65 anos causaram 36.000 mortes em 2020, representando a principal causa de morte por causa externa nesse grupo etário. No mesmo período, as quedas foram responsáveis por três milhões de admissões de idosos em Emergências e representaram um custo anual de 50 bilhões de dólares ao sistema de saúde americano (CDC, 2023).

As quedas são a principal causa de lesões fatais e não fatais entre as pessoas idosas (CDC, 2023), podendo levar à incapacidade funcional, hospitalização, institucionalização e mortalidade. Dados apontam que uma em cada cinco quedas causa ferimentos graves, como fraturas ou traumatismo crânio encefálico (TCE) (STERLING et al., 2001). Mais de 95% das fraturas de quadril são causadas por quedas (CDC, 2023) e estas são a causa mais comum de TCE em indivíduos idosos (JAGER et al., 1994). Além disso, as quedas afetam o indivíduo de forma biopsicossocial, pois o medo de cair pode provocar depressão, sentimento de desamparo e isolamento social.

Assim, um grupo de alunos da disciplina de Práticas em atenção primária à saúde do curso de Fisioterapia da UFPEl, propôs uma ação estratégica de saúde, realizada entre os dias 27 de junho e 12 de setembro na UBS Escola CSU Areal/UFPEL no município de Pelotas-RS com indivíduos a partir de sessenta anos de idade. O objetivo da ação foi de prevenir agravos na qualidade de vida, muitas vezes fisiológicos, promover o aumento do equilíbrio e diminuir as quedas.

2. METODOLOGIA

A ação foi composta por três fases. A primeira consistia no recrutamento de indivíduos acima de sessenta anos, aplicação de instrumentos validados internacionalmente e um questionário elaborado pelos alunos aos idosos que aceitassem participar da ação. A segunda foi a aplicação de um protocolo de

exercícios de equilíbrio na amostra. E a terceira fase foi a elaboração de dois cartazes educativos colocados na sala de espera da UBS.

Sobre a primeira parte da ação: foram recrutados idosos que estavam na sala de espera da UBS CSU Areal durante dois dias, além disso, com o auxílio de agentes de saúde indivíduos acima de sessenta anos residentes da comunidade ao redor da UBS foram mapeados e convidados a participar da ação. Estes indivíduos foram submetidos aos testes funcionais *Timed Up and Go* (TUG) e Escala de Equilíbrio de Berg. Todos indivíduos acima de sessenta anos que conseguiram realizar os testes fizeram parte da amostra. Os idosos também responderam ao questionário composto por dados pessoais, ocupação, presença de comorbidades, uso de medicamentos e queixas de dores musculoesqueléticas e falta de equilíbrio.

No teste TUG, o idoso inicia o teste sentado, é orientado a levantar e realizar o percurso de 3 metros deambulando e senta-se novamente, o tempo necessário para realizar o percurso é cronometrado, até 10 segundos é considerado normal/baixo risco de quedas, de 11 à 20 segundos é normal para idosos frágeis ou com deficiência/baixo risco de quedas, acima de 20 segundos é considerado grande risco de queda e perda da função, sendo capaz de avaliar equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças do curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias (KRISTENSEN et al., 2007).

Na Escala de Equilíbrio de Berg o desempenho foi medido em cinco níveis, de 0 (não consegue realizar) a 4 (desempenho normal), com base em 14 tarefas comuns na vida cotidiana, incluindo transferência, giro, alcançar, permanecer em pé e se levantar, gerando uma pontuação entre 0 (ruim) e 56 (normal) (TELENIUS et al., 2015). Dentro deste instrumento há o *Functional Reach Test* ou Teste do Alcance Funcional, o qual é um excelente preditor de quedas, é pedido ao indivíduo em ortostase realizar a flexão de ombro até 90°, mede-se a distância do ombro até a extremidade do dedo médio, solicita-se a flexão de tronco visando alcançar o ponto máximo com seus dedos, a distância é aferida três vezes e realizada a média dos valores, quando o valor for maior que 25,4 cm representa baixo risco de quedas, valor entre 25,4 e 15,4 cm representa risco de queda duas vezes maior e valor menor que 15,4 cm representa risco de queda quatro vezes maior que o primeiro, este teste avalia o grau de deslocamento anterior do sujeito e a flexibilidade de flexores de joelho e extensores de tronco (DUNCAN et al., 1990).

Sobre a segunda parte da ação: foi realizada uma intervenção através de um protocolo de exercícios de equilíbrio aplicado pelos alunos supervisionados pela professora, com a frequência de uma vez por semana por um período médio de trinta minutos em uma sala na UBS CSU Areal durante treze semanas. Os exercícios foram divididos em quatro grupos: postura, força funcional, marcha e resfriamento. Os exercícios que compõem o protocolo possuem opções de progressão de acordo com a capacidade e evolução do paciente.

Os exercícios de postura incluem 3 posturas: postura estreita, na qual o paciente deverá permanecer em ortostase, postura tandem, ou seja, calcâneo de um pé à frente dos artelhos do outro pé, e postura unipodal, com um membro inferior em flexão de quadril e joelho de cada vez. Todas as posturas devem ser realizadas sem apoio com os olhos abertos por 30 segundos, se for executada com facilidade, evolui para a mesma postura com os olhos fechados e/ou com o jogo de uma bola na parede em diferentes alturas e direções. Caso o paciente não consiga manter as posturas, eles foram orientados a restabelecer seu centro de equilíbrio podendo realizar mais tentativas.

Dois exercícios constituíram o grupo de força funcional: sentar e levantar e dorsiflexões e flexões plantar. No sentar e levantar, o paciente deverá sentar e levantar de uma cadeira sem braços, é contabilizado a quantidade de vezes que o paciente senta e levanta no tempo de 30 segundos. Se este exercício for executado

com facilidade, o paciente é instruído a agachar e manter uma postura em flexão de quadril e joelhos (postura de cadeira), permanecendo o máximo de tempo tolerado. No exercício de dorsiflexões e flexões plantar, o paciente começa em ortostase, sem apoio, e realiza dorsiflexões e após flexões plantar, é anotado o número de repetições em 30 segundos.

O grupo de exercícios de marcha inclui quatro trajetos de ida e volta em uma distância de aproximadamente 5 metros. No primeiro é realizado uma marcha tandem, no segundo uma marcha lateral, no terceiro uma marcha de costas e por último, são impostos obstáculos no chão através de bastões de diferentes alturas. A velocidade será aumentada conforme a capacidade de realização do percurso num tempo menor do que o obtido na sessão anterior.

No resfriamento, para o paciente retornar à condição de repouso, foram realizados alongamentos ativos em ortostase para membros superiores (bíceps braquial e tríceps braquial) e membros inferiores (tríceps sural, quadríceps e isquiotibiais), mantendo cada movimento por 30 segundos.

A segunda parte da ação consistiu na confecção de dois cartazes educativos que foram colocados na sala de espera da UBS CSU Areal, o primeiro cartaz contém informações sobre alongamentos para idosos, o segundo é sobre como adaptar a casa para evitar quedas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra obtida para intervenção foi de 20 indivíduos. Ao analisar o questionário que os pacientes responderam nota-se que a maioria apresentava queixa de dor músculo-esquelética, falta de equilíbrio e comorbidades, outrossim, todos os pacientes faziam uso da polifarmácia diariamente, fato que já é sabido que há uma associação entre quedas e uso de polifarmácia (HAZARD'S et al., 2009). A maior prevalência de dor músculo-esquelética é de joelho e quadril, entre as comorbidades a prevalência foi de HAS, diabetes e labirintite.

Apenas um indivíduo indicado a participar da ação não atendeu ao critério de inclusão de conseguir realizar os Testes Funcionais, este acabou recebendo orientações e outros exercícios direcionados à sua queixa principal de acordo com suas particularidades. Até o presente momento houve somente uma perda na amostra, um paciente foi retirado da intervenção devido a necessidade de realização de uma cirurgia.

Até o atual momento a intervenção ainda não foi encerrada e os participantes não foram reavaliados através dos instrumentos validados, porém, pode-se perceber que os pacientes estão conseguindo evoluir dentro dos exercícios propostos na metodologia, e, além disso, os próprios pacientes relataram melhora na qualidade de vida durante as Atividades Básicas de Vida Diária. Espera-se também que os participantes obtenham resultados melhores quando forem reavaliados.

Ademais, o grupo de alunos considera a possibilidade de realizar um estudo aprofundado para comparar os resultados obtidos após a intervenção com participantes que tiveram uma frequência igual ou superior a 75%.

4. CONCLUSÕES

Os achados desta ação sugerem que a população idosa ocupa uma porção significativa da comunidade, a qual merece atenção. Entretanto, a falta de equilíbrio e as quedas são frequentes na população idosa, um treinamento de exercícios é eficaz na melhora dos declínios fisiológicos causados pela idade, proporcionando melhora na qualidade de vida dos indivíduos idosos. Ademais, acredita-se que se

estes exercícios forem realizados com maior frequência na semana os resultados serão ainda mais positivos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centros de Controle e Prevenção de Doenças, Centro Nacional de Prevenção e Controle de Lesões. **Sistema de consulta e relatório de estatísticas de lesões baseado na Web (WISQARS)**. Acesso em 10 setembro 2023. Online. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/>

COIMBRA AM, Ricci NA, Costallat LT. Falls in the elderly of the Family Health Program. **Arch Gerontol Geriatrics**. 2010; 51:317 – 322.

DUNCAN, P.W. & Weiner, D.K., Chandler, J. & Studenski, S. (1990). Functional reach: a new clinical measure of balance. **J Gerontology**, 45, 192-197.

Falls. King. M.B. HAZZARD'S **Geriatric Medicine and Gerontology**. 6º Ed. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010 **Census first final results: Brazil has a population of 190.755.799 residents**. Acesso em 20 junho 2023. Online. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1

JAGER TE, Weiss HB, Coben JH, Pepe PE. Lesões cerebrais traumáticas avaliadas nos departamentos de emergência dos EUA, 1992-1994. **Academic Emergency Medicine** 2000;7(2):134–40.

KRISTENSEN, M.T., Foss, N.B. & Kehlet, H. (2007). “Timed Up & Go” Test in a predictor of falls within 6 months after fracture surgery. **Phys Ther**, 87, 24-30.

STERLING DA, O'Connor JA, Bonadies J. Quedas geriátricas: a gravidade da lesão é alta e desproporcional ao mecanismo. **Journal of Trauma-Injury, Infection and Critical Care** 2001;50(1):116–9.

TELENIUS EW, Engedal K, Bergland A. Inter-rater reliability of the Berg Balance Scale. **BMJ Open**. 2015; 5: e008321.