

24 DE JUNHO
DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

TONTURA E QUEDA NOS IDOSOS
MUDAR HÁBITO
FAZ A DIFERENÇA!



ABRAFIN

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA VESTIBULAR

TONTURA E QUEDA NOS IDOSOS MUDAR HÁBITO FAZ A DIFERENÇA!

QUAL O SIGNIFICADO DE TONTURA?

R: É uma sensação de desequilíbrio corporal, sensação de “cabeça vazia”, “cabeça cheia”, mal-estar ou visão turva. Pode ser chamada de tontura tipo não-rotatória. Uma outra forma é a tontura rotatória (Vertigem), em que o paciente tem uma sensação de ilusão de movimento, quando não há movimento. O paciente relata que “está vendo tudo girar ao seu redor, como se fosse um carrossel.” Aproximadamente 90% dos casos de vertigem podem ter relação com problemas no labirinto.

QUAL A DEFINIÇÃO DE QUEDA E A SUA IMPORTÂNCIA CLÍNICA?

R: O conceito de queda pode variar na literatura. Pereira e cols. (2002)¹ apresentam uma definição mais clara para se entender: **“deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por diversos fatores que comprometem a estabilidade corporal.”**

As quedas nos idosos e suas conseqüentes lesões representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

POR QUE SE PREOCUPAR COM QUEDA EM IDOSOS?

R: A queda, além de representar o início de um declínio funcional e social, é um tema que deve ser conduzido por profissionais de saúde qualificados. Estima-se que 35% das pessoas acima de 65 anos sofrem queda ao menos 1 vez ao ano, sendo que este número piora com o avanço da idade (OMS). O percentual de pessoas que caem aumentam de 40% para 65% para 82% a cada década de vida após 65 anos. A frequência de quedas é maior nas mulheres. Acima dos 80 anos de idade, a mortalidade em decorrência da queda pode ser 6 vezes maior. Metade dos que caem evoluem com fratura de um ou mais ossos, e às vezes necessitam de cirurgia.

Aproximadamente 40% daqueles que fraturam o fêmur (osso da perna), não se recuperam totalmente e ficam com algum tipo de seqüela. Entre 12% a 67% dos que fraturam o quadril morrem dentro de um ano. Dos idosos que não vivem em casas de longa permanência, as quedas no próprio lar representam 65% dos casos. Curiosamente, 60% a 70% dos idosos que experimentam queda uma primeira vez, apresentam maior risco de nova queda nos 6 meses subsequentes ao evento inicial.

Estes dados se tornam mais preocupantes quando consideramos que a população de idosos no Brasil será de 43,2 milhões em 2031, superando de forma inédita o número de crianças até os 14 anos de idade, e chegará a 19% do total no ano de 2050, se transformando num grupo maior que das pessoas entre os 40 e 59 anos (IBGE).

IDOSOS COM TONTURA DE ORIGEM LABIRÍNTICA TÊM RISCO PARA QUEDAS?

R: SIM. Podemos destacar que as alterações no equilíbrio corporal são consideradas como uma das principais causas de quedas na terceira idade. Dentro deste cenário, temos os comprometimentos dos labirintos, conhecidos popularmente como “labirintites”. De forma clínica e científica, “labirintite” pode significar um universo de 300 tipos de problemas com aproximadamente 2.000 causas, que necessitam investigação multidimensional e multiprofissional. Sendo um sistema voltado para a manutenção do equilíbrio corporal, os labirintos trabalham fisiologicamente em harmonia com outros importantes sistemas: o visual e o somatossensorial (músculos, articulações, etc). Quando afetados, seja de origem viral, bacteriana, traumática, entre outras, os labirintos passam a funcionar precariamente, e com isso a pessoa pode sentir tontura, vertigem, desequilíbrio e náusea, inclusive evoluir para queda.



“A tendência de cair e os sintomas de tontura nunca devem ser descartados como consequências inevitáveis do envelhecimento, mas podem ser sinais importantes de uma condição que pode ser curada ou controlada.”

Charlotte Shupert e Fay Horak, 2016.

EXISTE POSSIBILIDADE DE SE EVITAR QUEDAS EM IDOSOS?

R: SIM. A prevenção e mudança de hábitos são os melhores caminhos! Muitos programas de prevenção possuem a capacidade de reduzir o número deste evento, assim como impactam positivamente na saúde do indivíduo e sua qualidade de vida.

- Exames médicos periódicos, com especial atenção ao controle de medicamentos diários;
- nutrição adequada;
- acompanhamento pelo fisioterapeuta;
- não subir em banquinhos;
- não caminhar falando ao celular ou enviando mensagens;
- não carregar vários objetos ao mesmo tempo enquanto caminha;
- se possível, contratar cuidadores nos casos de risco mais acentuado;
- atenção dentro de casa (cuidados ambientais) como iluminação, evitar tapetes, barras no banheiro, pisos antiderrapantes em locais específicos, calçados seguros, cuidado com animais dentro de casa para não tropeçar neles, entre outros.

É IMPORTANTE PROCURAR UM FISIOTERAPEUTA!

A indicação de avaliação e acompanhamento pela Fisioterapia se torna importante, sendo este o profissional preparado para identificar as limitações funcionais da pessoa com idade mais avançada.

O (a) fisioterapeuta está capacitado a aplicar um plano baseado em exercícios que visam o treino e aprimoramento individualizado do equilíbrio corporal e caminhada do indivíduo, **COM SEGURANÇA!**

A FISIOTERAPIA VESTIBULAR PODE CONTRIBUIR? COMO?

R: SIM. Na pessoa com risco de queda, a Fisioterapia Vestibular ou labiríntica possui forte indicação clínica. O quanto antes começar o tratamento, melhor! Trata-se de uma área de atuação em que o fisioterapeuta capacitado realiza uma avaliação detalhada, incluindo entrevista e uma série de testes para identificar as limitações físicas e funcionais do paciente.

Em seguida, conclui-se com o diagnóstico funcional. A partir daí, aplica o tratamento mais adequado, respeitando-se as características individuais de cada caso. Uma das abordagens é a CINESIOTERAPIA, baseada em exercícios terapêuticos controlados e seguros. Na Fisioterapia Vestibular, quando o diagnóstico é uma Hipofunção Vestibular, indica-se a Cinesioterapia com movimentos da cabeça e do corpo, para promover a redução dos sintomas e alcançar a recuperação funcional. Os mesmos podem ser executados no consultório com a supervisão do fisioterapeuta, que poderá selecionar alguns para o próprio paciente realizar em sua casa diariamente.

Serão instituídos, também, exercícios que visam promover a melhora do equilíbrio corporal e da caminhada do paciente, sob supervisão. Outro problema labiríntico frequente na prática diária da Fisioterapia Vestibular e que afeta 50% dos casos de tontura em idosos é a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). A VPPB é uma condição em que minúsculos cristais de cálcio no interior do labirinto se desolcam e causam vertigem intensa com duração de poucos segundos sempre que a pessoa movimenta sua cabeça no espaço (ex: deitar-se ou sentar-se na cama, por exemplo).

Nestes casos, o fisioterapeuta pode identificar o problema e tratar com o uso racional de manobras suaves com a cabeça do paciente para recolocar os cristais em seu lugar de origem no interior do labirinto afetado, eliminando os sintomas desagradáveis. Posteriormente, o treino do equilíbrio corporal e da caminhada podem ser indicados em casos específicos.

As evidências científicas demonstram que estes tratamentos com supervisão do Fisioterapeuta, possuem elevada capacidade de redução dos sintomas e melhora na qualidade de vida do (a) paciente.

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

FATORES DE RISCO	RISCO*
Quedas anteriores	5 X
Fraqueza muscular	4,4 X
Neuropatia periférica	3 X
Desequilíbrio	2,9 X
Caminhada lenta	2,9 X
Bengala	2,6 X
Problemas na visão	2,5 X
Artrite	2,4 X
Atividades de vida diária comprometidas	2,3 X
Depressão	2,2 X
Declínio cognitivo	1,8 X
Idade > 80 anos	1,7 X
Mais do que 5 medicações por dia	1,7 X

* indica a probabilidade de cair, por ex: "5 vezes mais provável."
(Fonte: Shupert C, Horak f. 2016. vestibular.org :: 088 / Balance and Falls).

CONTEÚDO DESENVOLVIDO PELO DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA VESTIBULAR DA ABRAFIN - 2020

1-Pereira SEM, Buksman S, Perracini M, Barreto KML, Leite VMM.
Quedas em idosos. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.