UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

CELMIRA LANGE

**Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência
atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP**

Ribeirão Preto – SP
2005

CELMIRA LANGE

**Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência
atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção de Título de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso
Orientadora: Prof^a. Dr.^a Rosalina Aparecida
Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto – SP
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lange, Celmira

Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto, 2005.

221p. : il.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani

1. Idoso. 2. Acidentes domésticos. 3. Demência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Celmira Lange

Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

EERP-USP

Assinatura_____

Profª Drª Lúcia Hisako Takase Gonçalves

UFSC

Assinatura_____

Profº Drº Vanderlei José Haas

EERP-USP

Assinatura_____

Profº Drº Francisco de Assis Carvalho do Vale

FMRP-USP

Assinatura_____

Profª Drª Ceres Eloah de Lucena Ferretti

UNIFESP

Assinatura_____

Dedico este trabalho

Aos meus pais Carlos e Irene, pelo apoio, paciência e carinho.

Aos meus irmãos Gládis, Cordila, Martim, Edith, Rudi e suas respectivas famílias, pela solidariedade e apoio.

Aos idosos com demência e suas famílias por terem compartilhado as suas experiências de vida do cotidiano, especialmente, por terem possibilitado a concretização desse estudo.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Rosalina Aparecida Portezani Rodrigues, pela sabedoria e confiança com que orientou o percurso deste trabalho, especialmente, pela amizade, apoio e incentivo à pesquisa. Obrigada, por compartilhar todo o seu conhecimento e permitir a inclusão deste estudo no Projeto "Perfil do idoso atendido no ambulatório de um hospital governamental de Ribeirão Preto e o cuidado no domicílio".

Ao Dr. Francisco de Assis C. Vale, pela oportunidade em participar das atividades do Ambulatório de Neurologia Comportamental do HCMRP-USP, o que muito contribuiu para o estudo dos idosos com demência; e pelas valiosas contribuições na pró-forma desta pesquisa.

À Profª Drª Ceres Eloah de Lucena Ferretti, pela maneira delicada de nos receber e convidar para acompanhá-la nas atividades desenvolvidas no Ambulatório de Neurologia Comportamental da UNIFESP, e pelas valiosas contribuições na pró-forma desta pesquisa.

À Profª Drª Lúcia Takase Gonçalves, por sua participação em minha formação profissional desde o curso de Mestrado. Obrigada pelo apoio, incentivo e as valiosas contribuições na finalização deste estudo.

Ao Dr. Vanderlei José Haas que, generosamente, tem discutido as idéias sobre o tratamento estatístico dos dados; em especial pela valiosa contribuição na pró-forma deste estudo.

Às Profªs Drªs. Maria Manuela Rino Mendes, Susana Alves de Moraes e Maria Lúcia Zanetti (suplente) pelas valiosas contribuições na banca de "qualificação" desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo H. F. Bertolucci, chefe do Setor de Neurologia Comportamental da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, SP, e sua equipe. Obrigada pelo apoio, incentivo e acolhida neste serviço.

À Neuropsicóloga Maria Paula Foss e à Assistente Social Fabiana Brunini por compartilharem comigo os seus conhecimentos de trabalho com grupo psicoeducativo com os familiares e/ou cuidadores de idosos com demência, durante três anos.

À Diretora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Prof.a Emília Ferreira da Silva; às chefes de Departamento Prof.a Sônia Maria Konzgen Meinche e Afra Suelene de Souza.

Aos colegas da FEO pelo apoio, incentivo; em especial às colegas das disciplinas Fundamentos de Enfermagem e Saúde do Adulto II, cujo apoio proporcionou condições de desenvolvimento e término desse trabalho.

As minhas colegas da FEO Eda, Sonia, Maira e Valquiria de muitos trabalhos conjuntos, apoio e amizade.

Aos funcionários da FEO pelo carinho e apoio recebido; em especial a Dalvina, que sempre tem uma palavra amiga.

Aos colegas de pós-graduação Simone, Ruth, Mary, Neide, Jussara, Marisa, Silvia, Marilu, Rosani, Lenice, Regina, Ieda, Luís, Paulo, Julia, Ivonete, Luciana, Vera, Eliana, Anne Marie, Miquelina, Leandro, Adriano e Yumi pela amizade, afeto e alegrias compartilhadas, cujas as presenças foram fundamentais para a superação dos momentos de dificuldades nessa trajetória de qualificação profissional. Agradeço especialmente a Simone P. Optiz pela amizade e sua disponibilidade para qualquer situação, bem como a Ruth Trindade pela amizade e incentivo permanente a uma vida mais saudável, através do exercício físico.

Aos bolsistas Paula, Fábio, Elizandra, Rita e Mestranda Aline pelo apoio e disponibilidade no auxílio na coleta dados da presente pesquisa.

À Edma e Thalita pelo auxílio na digitação. Obrigada a todas pela amizade e agradável convivência.

Agradeço especialmente às famílias de Myrna Wolff e Ricardo Wotckoski pela acolhida em seus lares sempre de maneira calorosa e afetiva, aqui em Ribeirão Preto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior, pela subvenção concedida através do convênio PICDT/CAPES e a Universidade Federal de Pelotas.

Aos professores de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, bem como, seus funcionários.

À Bibliotecária Maria Bernadete Malerbo pela correção da bibliografia e Prof.a Dra. Graciette Borges da Silva pela correção ortográfica, e Carla Cristina Barizza pelas figuras ilustrativas.

*"O que conta não é o que se perde,
mas aquilo com que se fica."*

Louise Berger

RESUMO

LANGE, C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência, atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP. 2005. 221f. Tese (DOUTORADO) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O estudo teve por objetivo descrever os acidentes domésticos ocorridos com idosos portadores do diagnóstico de demência, relacionando estes às suas condições de vida. Trata-se de um estudo descritivo e seccional, realizado no período de 2001 a 2002. Participaram do estudo 110 idosos demenciados, residentes na zona urbana de Ribeirão Preto, SP, atendidos em um ambulatório terciário de um hospital público. Os dados foram coletados no domicílio por meio de entrevistas, previamente agendadas, com idosos e cuidadores. Os resultados evidenciaram que 65,5% dos idosos eram do sexo feminino e 34,5% do masculino, variando a idade de 63 a 91 anos, com uma média de 76 anos. Quanto à escolaridade, 45,5% dos idosos tinham até 4 anos de escolaridade, os analfabetos e os que sabem ler e escrever somaram 35,5%. O resultado dos escores dos idosos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi padronizado em baixo e alto desempenho, de acordo com a escolaridade de cada um, sendo que 91% tiveram baixo desempenho e 9% alto desempenho. Do total dos idosos, 65,5% sofreram algum tipo de acidente doméstico, com a seguinte distribuição: 58,2% quedas, 29,1% aspirações e engasgos, 7,3% queimaduras, 6,4% cortes e ferimentos, 3,6% intoxicações e 0,9% ingestão de corpo estranho. Quanto ao tipo de queda, 50% foram da própria altura, sendo que 34,4% dos idosos que caíram afirmaram ter medo de novas quedas. No que se refere ao momento da queda, foram relatados 63,6% de fatores intrínsecos (alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar, fraqueza muscular), enquanto os extrínsecos (piso escorregadio e/ou com desnível, banheiro sem barras) atingiram 36,4%. As lesões mais relatadas, após a queda, foram os ferimentos na cabeça com necessidade de sutura. As aspirações e engasgos foram causados por alimentos de diversas consistências e a tosse esteve presente em 96,6% dos eventos. As queimaduras ocorreram na cozinha, durante o preparo de alimentos, sendo 89,5% delas nos membros superiores. Essas foram causadas em 41,2% pelo contato direto com objeto quente e/ou chama/fogo. Os acidentes com objetos cortantes foram

causados por facas, lâminas de barbear, maçaneta, tesoura, vidro, ferro e as partes do corpo mais atingidas foram mãos, braços e faces. A intoxicação por ingestão de medicamento foi referida por três idosos e a de corpo estranho foi causada por deglutição de pedaços de sabão; 90,5% dos acidentes aconteceram com idosos de baixo desempenho no MEEM e apenas 9,5% ocorreram com idosos de alto desempenho. A faixa etária com maior frequência de acidentes está entre 75 a 79 anos. Esses dados mostram que os idosos com baixo desempenho no MEEM e idade entre 75 a 79 anos estão mais predisponentes a sofrer acidentes. A equipe de saúde e a família devem constantemente realizar avaliação tanto nos fatores intrínsecos quanto nos extrínsecos para estabelecer estratégias de prevenção de acidentes.

Palavras Chave: acidentes domésticos, demência, idosos, estado cognitivo.

ABSTRACT

LANGE, C. Domestic accidents among aged persons with dementia attended at a Ribeirão Preto outpatient clinic, SP. 2005. 221f. Doctoral Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2005.

This study aimed to describe domestic accidents involving aged persons with dementia relating those accidents with their living conditions. It is a descriptive and cross sectional study developed in 2001 and 2002. Study participants were 110 elderly who live in the urban area of Ribeirão Preto, SP, Brazil, and were attended at the tertiary outpatient ambulatory of a public hospital. Data were collected at home, by means of previously arranged interviews with these aged persons and their caregivers. The results demonstrated that 65.5% of the elderly were women and 34.5% men. Age ranged from 63 to 91 years, with 76 as the average. With respect to educational level, 45.5% of the elderly had up to 4 years of education; illiterate and those who can barely read and write totaled 35.5%. The results of the participants' scores on the Mini-Mental State Exam (MMSE) were standardized into low and high performance, in accordance with each person's educational level. 91% of the aged achieved a low and 9% a high performance on the MMSE. 65.5% of the total number of elderly had suffered some kind of domestic accident, distributed as follows: 58.2% falls, 29.1% aspiration and choking, 7.3% burns, 6.4% cuts and wounds, 3.6% intoxication and 0.9% ingestion of a foreign body. As to types of falls, 50% occurred from the subjects' own height, with 34.4% of the elderly victims being afraid of falling again. In what concerns the moment of falling, 63.6% of the subjects mentioned intrinsic factors (change in balance, difficulty to walk, muscle weakness), while extrinsic factors (slippery and/or unequal floor, bathroom without support bars) affected 36.4%. The most mentioned injuries after falls were head wounds that needed suturing. Aspiration and choking were caused by food items with different consistencies and coughing was present in 96.6% of the occurrences. Burns occurred in the kitchen, while preparing food, and 89.5% of them affected the upper limbs. 41.2% of these were caused by direct contact with a hot object and/or flame/fire. Accidents involving cutting objects were caused by knives, razor blades, doorknobs, scissors, glass, iron and the affected body parts were hands, arms and faces. Three participants mentioned intoxication through medication ingestion, while

intoxication due to the ingestion of a foreign body was caused by swallowing pieces of soap; 90.5% of the accidents involved elderly who achieved a low performance level on the MMSE, while only 9.5% affected those with a high performance. The age range with the highest accident frequency goes from 75 to 79 years. These data show that elderly persons with a low performance on the MMSE, who are between 75 and 79 years old, reveal a greater tendency to suffer accidents. The health team and the family should constantly evaluate both intrinsic and extrinsic factors viewing to establish accident prevention strategies.

Keywords : domestic accidents, dementia, elderly, cognitive state.

RESUMEN

LANGE, C. Accidentes domésticos en ancianos con diagnóstico de demencia, atendidos en un ambulatorio de Ribeirão Preto, SP. 2005. 221h. Tesis (DOCTORADO) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

La finalidad de este estudio fue describir los accidentes domésticos ocurridos con ancianos portadores del diagnóstico de demencia relacionando esta información con sus condiciones de vida. Se trata de un estudio descriptivo y seccional realizado en el período de 2001 a 2002. Participaron del estudio 110 ancianos residentes de la zona urbana de Ribeirão Preto, SP, Brasil, atendidos en un ambulatorio terciario de un hospital público. Los datos fueron recopilados en el domicilio, por medio de entrevistas previamente agendadas con los ancianos y los cuidadores, siendo tratados posteriormente mediante procedimientos estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que el 65,5% de los ancianos eran mujeres y 34,5% hombres, con edades entre los 63 y 91 años y una media de 76 años. Respecto a la escolaridad, 45,5 de los ancianos tenían hasta 4 años de escolaridad, mientras los analfabetos y los que apenas sabían leer y/o escribir sumaron 35,5 %. Los resultados de las notas de los ancianos en el Miniexamen del Estado Mental (MEEM) fueron estandarizados en desempeño bajo y alto, de acuerdo con la escolaridad de cada participante. El desempeño de los ancianos en el MEEM fue bajo en el 91% y alto en el 9%. Del total de los ancianos, 65,5% sufrieron algún tipo de accidente doméstico, con la siguiente distribución: 58,2% caídas, 29,1% aspiraciones y ahogos, 7,3% quemaduras, 6,4% cortes y heridas, 3,6% intoxicaciones y 0,9% ingestión de cuerpo extraño. Respecto al tipo de caída, el 50% de ellas fue de la propia altura, y el 34,4% de los ancianos que cayeron afirmaron tener miedo de sufrir nuevas caídas. Con respecto al momento de la caída, se encontró que el 63,6% de factores fueron intrínsecos (alteración de equilibrio, dificultad para caminar, debilidad muscular), mientras que los extrínsecos (pavimento resbaloso y/o con desnivel, baño sin barras) alcanzaron el 36,4%. Las lesiones más relacionadas, tras la caída, fueron las heridas en la cabeza con necesidad de sutura. Las aspiraciones y ahogos fueron causados por alimentos de diversas consistencias y la tos estuvo presente en 96,6% de los eventos. Las quemaduras ocurrieron en la

cocina, durante la preparación de alimentos, ocurriendo el 89,5% en los miembros superiores. El 41,2% de las mismas fueron causadas por el contacto directo con un objeto caliente y/o llama/fuego. Los accidentes con objetos cortantes fueron causados por cuchillos, hojas de afeitar, picaportes, tijeras, vidrios, hierros, siendo manos, brazos y rostro las partes del cuerpo afectadas con mayor frecuencia. La intoxicación debido a la ingestión de medicamentos fue mencionada por tres ancianos y aquella debida a un cuerpo extraño fue causada por la ingestión de pedazos de jabón. El 90,5% de los accidentes involucró a ancianos con bajo desempeño en el MEEM y sólo el 9,5% a aquellos con alto desempeño. El grupo con edades entre los 75 y 79 años fue el que presentó la mayor frecuencia de accidentes. Estos datos muestran que los ancianos con bajo desempeño en el MEEM y edades entre los 75 y 79 años presentan una mayor predisposición a sufrir accidentes. El equipo de salud y la familia deben constantemente realizar evaluaciones tanto de los factores intrínsecos como de los extrínsecos para poder establecer estrategias adecuadas de prevención de accidentes.

Palabras-Clave: accidentes domésticos, demencia, ancianos, estado cognitivo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Acidentes e suas possíveis conseqüências, adaptada de Galal 1999.....	82
Figura 2-	Fluxograma da população idosa efetivamente estudada, atendida no ANCP, nos anos de 2001 e 2002, listada no SAME do HCFMRP – Ribeirão Preto – SP.....	88
Figura 3-	Fluxograma dos idosos demenciados que sofreram acidentes domésticos, Ribeirão Preto, SP, 2004.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Valores dos escores no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo a escolaridade, Brucki et al.(2003).....	92
------------------	---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos artigos publicados sobre os acidentes mais freqüentes em idosos e pacientes demenciados, no período de 1995 a 2003, (Medline e Lilacs, 2003).....	59
Tabela 2-	Distribuição dos itens abordados nos artigos publicados relativos à queda de idosos, no período de 1995 a 2003, (Medline e Lilacs, 2003).....	60
Tabela 3-	Distribuição da população idosa residente na zona urbana de Ribeirão Preto, SP, segundo a faixa etária (anos completos), no ano 2000.....	86
Tabela 4-	Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo sexo, idade (anos completos) e estado civil. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	97
Tabela 5-	Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo escolaridade e tipo de renda. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	98
Tabela 6-	Distribuição das etiologias de demência dos idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	99
Tabela 7-	Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o desempenho no MEEM, sexo e faixa etária (anos completos). Ribeirão Preto, SP, 2004	100
Tabela 8-	Distribuição dos números dos diferentes tipos de acidentes domésticos que ocorreram com os idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP. 2004	103
Tabela 9-	Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, de acordo com a faixa etária (anos completos), o desempenho no MEEM e o número de diferentes tipos de acidentes domésticos ocorridos. Ribeirão Preto, SP, 2004	104
Tabela- 10	Distribuição dos tipos de acidentes em idosos com demência, atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, conforme o desempenho dos mesmos no MEEM. Ribeirão Preto, SP, 2004.	105
Tabela 11-	Distribuição dos tipos de acidentes domésticos em idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP, 2004	106
Tabela 12-	Distribuição dos fatores intrínsecos e extrínsecos referidos pelos idosos e cuidadores no momento da queda . Ribeirão Preto, SP, 2004.	107

Tabela 13-	Distribuição dos tipos de quedas ocorridos no domicílio com os 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, que sofreram quedas. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	108
Tabela 14-	Distribuição dos locais mais comuns do domicílio em que ocorreram as quedas com os 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	109
Tabela 15-	Distribuição das conseqüências e lesões de quedas relatadas pelos 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	110
Tabela 16-	Distribuição das conseqüências dos acidentes de aspiração/engasgo nos 32 idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	111
Tabela 17-	Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP que sofreram acidentes de aspiração/engasgo, segundo o sexo, de acordo o desempenho no MEEM. Ribeirão Preto, SP, 2004	112
Tabela 18-	Distribuição das causas de queimadura ocorridas com os idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	113
Tabela 19-	Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o local do corpo atingido pela ultima queimadura, Ribeirão Preto, SP, 2004.....	114
Tabela 20-	Distribuição dos acidentes com cortes e ferimentos que ocorreram com 7 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo suas causas, conseqüências e região do corpo. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	115
Tabela 21-	Distribuição das respostas do cuidador/familiar de idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, sobre prevenção de acidentes. Ribeirão Preto, SP, 2004.....	117

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ADI – Alzheimer's Disease International

ANCP – Ambulatório de Neurologia Comportamental

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIDID – Classificação Internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens

DA – Doença Alzheimer

DATA SUS - Departamento de Informática do Sistema Únicos de Saúde

EEG – Eletrencefalograma

HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPN - Hidrocefalia de Pressão Normal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OARS – Older Americans Resources and Services

OMS – Organização Mundial da Saúde

PET – Positron Emission Tomography (Tomografia por Emissão de Pósitrons)

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SPECT - Single Photon Emission Computed Tomography (Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único)

SPSS – Statistical Package of Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

Apresentação

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	29
1.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	31
1.3 OBJETIVO GERAL	44
1.3.1 Objetivos Específicos	44
 2 REVISÃO DA LITERATURA	 45
2.1 DEMÊNCIA	45
2.1.1 Conceito de Demência	46
2.1.2 Fases da Demência	49
2.1.3 Incidência e Prevalência da Demência	51
2.2 ACIDENTES DOMÉSTICOS	56
2.2.1 Quedas	61
2.2.2 Aspiração de Alimentos e Corpos Estranhos	68

2.2.3 Queimaduras	71
2.2.4 Ferimentos e Cortes	78
2.2.5 Intoxicações	80
2.2.6 Ingestão de Corpo Estranho.....	81
2.2.7 Acidentes e suas Conseqüências.....	82
3 MATERIAL E MÉTODO.....	85
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	85
3.2 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	85
3.2.1 População Efetivamente Estudada.....	86
3.3 ENTREVISTADORES.....	89
3.4 COLETA DE DADOS.....	90
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	93
3.6 ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS E PROCESSAMENTO.....	94
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	96
4.1 A CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA.....	96
4.2 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS IDOSOS COM DEMÊNCIA NO MEEM.....	99
4.3 ACIDENTES DOMÉSTICOS OCORRIDOS COM OS IDOSOS DEMENCIADOS.....	101
4.4 QUEDAS	107
4.5 ASPIRAÇÕES E ENGASGOS.....	111
4.6 QUEIMADURAS	113

4.7 CORTES E FERIMENTOS.....	115
4.8 INTOXICAÇÃO E INGESTA DE CORPOS ESTRANHOS	116
4.9 PREVENÇÃO	117
5 DISCUSSÃO DOS DADOS	119
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DEMÊNCIA	119
5.2 DESEMPENHO DOS IDOSOS NO MEEM	129
5.3 ACIDENTES DOMÉSTICOS	134
5.4 QUEDAS	136
5.5 ASPIRAÇÕES E ENGASGOS	152
5.6 QUEIMADURAS	156
5.7 CORTES E FERIMENTOS	161
5.8 INTOXICAÇÃO E INGESTA DE CORPOS ESTRANHOS.....	163
5.9. PREVENÇÃO.....	165
6. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	170
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICES.....	187
ANEXOS	207

APRESENTAÇÃO

A presente investigação insere-se na área da saúde do idoso e tem por objeto de estudo os acidentes domésticos mais comuns que ocorrem em idosos com diagnóstico de demência.

O interesse por essa área de conhecimento - saúde do idoso - decorre da minha trajetória profissional. Durante a graduação na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), trabalhei com pacientes traumatológicos e ortopédicos. Após a graduação, uma das especialidades cursadas foi Reabilitação do Aparelho Locomotor, no Hospital SARAH, em Brasília. Como enfermeira assistencial em Pelotas-RS, trabalhei em pronto-socorro e pronto-atendimento traumatológico. Como docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), ministrei disciplinas nas quais introduzi aulas sobre prevenção de acidentes, atendimentos de emergência e urgência a pacientes vítimas de acidentes. Coordenei também projetos de extensão universitária que envolviam atendimentos a pacientes com afecções músculo-esqueléticas, trabalhando com idosos que haviam sofrido queda e, conseqüentemente, fratura, tendo coordenado outro projeto com idosos de treinamento em atendimento pré-hospitalar.

No mestrado, a temática pesquisada foi a percepção dos enfermeiros sobre o autocuidado, que também esteve ligada às atividades por mim desenvolvidas, assim como à prevenção de acidentes. Da parceria estabelecida entre teoria e prática resultou o compromisso de ser um agente de mudança na área de enfermagem, desenvolvendo trabalhos científicos apresentados em eventos e/ou publicações.

Durante o curso de doutorado, desenvolvi atividades voluntárias no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram atividades de orientação e cuidados de enfermagem para os familiares de pacientes com demência. Esses pacientes eram, na sua maioria, idosos. Frequentei também as reuniões clínicas multiprofissionais da área, além de participar da coordenação do "Grupo de Orientação para Cuidadores", constituído por pessoas, familiares ou não, que cuidam de portadores de demência e participei de atividades do Ambulatório de Neurologia do Comportamento da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

A participação nessas atividades possibilitou-me diversas reflexões, dentre elas as sobre a responsabilidade e o compromisso que envolve a atividade docente, especialmente nas questões que tratam da relação existente entre o envelhecimento populacional e a promoção da saúde, trazendo questionamentos sobre como contribuir para que os acadêmicos estejam melhor instrumentalizados para sua atuação profissional e conscientes de sua condição de futuros trabalhadores na área do envelhecimento, visando à prevenção de doenças, à promoção, recuperação e reabilitação de saúde.

Tomando por base as reflexões sobre as atividades exercidas e as estatísticas que mostram o aumento do número de idosos e, por consequência, o aumento das doenças crônicas e degenerativas, como as demências, tornou-se um desafio a compreensão e a promoção da saúde do idoso. Para atender parte dessa nova expectativa, torna-se necessário descrever os acidentes domésticos mais comuns que ocorrem com os idosos demenciados, relacionando-os às suas condições de vida. Esse desafio ganha destaque quando se evidencia que a

população mundial, incluindo a brasileira, vem passando por uma transição demográfica e epidemiológica.

Desse modo, este trabalho está organizado em 6 capítulos, descritos a seguir:

CAPÍTULO 1

- **INTRODUÇÃO:** aborda a transição demográfica, a epidemiológica e os objetivos do presente estudo.

CAPÍTULO 2

- **REVISÃO DA LITERATURA:** busca fundamentar, por meio da literatura, a temática deste estudo.

CAPÍTULO 3

- **MATERIAL E MÉTODO:** descreve-se o caminho traçado para responder as questões básicas deste estudo.

CAPÍTULO 4

- **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS:** são descritas as caracterizações dos idosos demenciados, os desempenhos no Mini Exame do Estado Mental e os acidentes domésticos que foram mais referidos.

CAPÍTULO 5

- **DISCUSSÃO DOS DADOS:** Processa-se a discussão dos resultados fundamentados na literatura, bem como, a proposta de um protocolo de avaliação dos fatores de risco para quedas com idosos no domicílio, para ser aplicado por cuidadores e/ou familiares.

CAPÍTULO 6

- **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES:** apresenta algumas conclusões e as implicações para a prática assistencial, ensino formal e informal, estudos e pesquisas na área de prevenção de acidentes domésticos.

Mencionam-se também as **REFERÊNCIAS** utilizadas para subsidiar o estudo, bem como, **ANEXOS** e **APÊNDICES**, elementos que complementam o trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado em todos os países; portanto, a transição demográfica e epidemiológica são enfoques importantes na abordagem da demência e dos acidentes domésticos, envolvendo idosos.

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu lentamente, efetivando-se ao longo de mais de cem anos. Nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, esse processo ocorreu nos últimos anos do século XX, em que as estatísticas mostram o aumento do número de idosos, desafio para compreensão e promoção de um envelhecimento saudável (GORDILHO et al., 2000).

A explosão populacional de idosos deve-se às grandes inovações científico-tecnológicas e às melhores condições de vida da população, as quais podem ser atribuídas aos seguintes fatores: maior investimento na urbanização das cidades, na infra-estrutura do saneamento básico, na moradia, no ambiente de trabalho, na higiene pessoal e na qualidade nutricional. Contribuíram, também, para isso, a introdução de novas técnicas diagnósticas, substâncias e métodos terapêuticos para encurtar e/ou controlar processos mórbidos, antes altamente letais. Este avanço na área da saúde foi importante para elevar a longevidade da população (PEREIRA, 2002; VERAS et al., 2002).

Entre 1960 e 1980, no Brasil, a fecundidade teve uma queda de 33%, fato este que colaborou para o aumento da população idosa. A perspectiva para o país é de que, no ano de 2020 o número de idosos cresça 15 vezes mais que o do ano de 1950, enquanto que, nesse mesmo período, a população total crescerá apenas cinco vezes. Desse modo, estima-se que a expectativa média de vida do brasileiro, no ano de 2020, será de 72 e 80 anos para os homens e as mulheres, respectivamente (COSTA et al., 2000; BRITO; NETTO, 2001; VERAS et al., 2002).

Tal crescimento, segundo Costa et al. (2000), ocorre primeiramente pela redução da mortalidade nas faixas etárias anteriores, seguida do aumento da expectativa de vida dos octogenários, que vêm chegando aos 90 e até 100 anos. Apontam eles também que as taxas de mortalidade brasileira em idosos mais velhos reduziram-se entre 1980 e 1996, sendo assim representadas: 3,7% entre homens com 60-69 anos de idade; 12,9% entre aqueles com 70-79 anos e 13,4% entre os que têm 80 ou mais anos. Nas mulheres, as taxas de redução foram ainda mais evidentes, sendo 7,6% para a faixa etária de 60-69 anos; 18,9% para idosas com idade entre 70-79 anos e 14,7% para aquelas com 80 ou mais.

Omran (1996) acrescenta que a expectativa de vida continua em lenta elevação em direção aos 90 anos ou mais, devido aos avanços da medicina e às mudanças favoráveis do estilo de vida adotadas pelo ser humano.

Em corroboração ao que foi exposto, Jacob Filho e Hojaij (2001) apontaram que, no ano 2000, a população brasileira de idosos apresentou crescimento oito vezes maior, quando comparada às taxas de crescimento da população jovem, estando previsto, para o ano de 2025, que o país ocupará o sexto lugar na classificação mundial em número de idosos, isto é, terá cerca de 34 milhões, chegando à marca de 15% da população total.

Associando-se a esse fator, o Brasil também vem mudando o perfil da transição epidemiológica, com aumento no número de idosos que apresentam doenças crônicas não transmissíveis.

1.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Ao abordar este tópico, é preciso referenciar Omran (1996), que destaca cinco estágios distintos da transição epidemiológica no continente americano no decorrer dos tempos, a saber:

Estágio 1: **Idade das pestilências e da fome.** Período entre a Idade Média e o início do século XIX, caracterizado pela alta mortalidade e fecundidade, predominando as doenças infecciosas e parasitárias. Nesse estágio a expectativa de vida estava entre 20 e 40 anos.

Estágio 2: **Idade do retrocesso das pandemias.** Período entre o final do século XIX e o início do século XX. As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer estavam aumentando, enquanto as taxas gerais de mortalidade e fecundidade estavam diminuindo. A expectativa de vida atingiu a média de 50 anos.

Estágio 3: **Idade das doenças degenerativas e as provocadas pelo homem.** Início do século XX. A expectativa de vida ao nascer ultrapassa os 50 anos. Nesse período, existe um aumento das doenças degenerativas e daquelas provocadas pelo homem, tais como os acidentes radioativos, os de trânsito, os decorrentes dos pesticidas, inseticidas, assim como doenças relacionadas ao estresse.

Estágio 4: Idade do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, das mudanças no estilo de vida, do envelhecimento populacional, do aparecimento de novas doenças e do reaparecimento das controladas. Período das quatro últimas décadas do século XX, caracterizado pelo aparecimento da AIDS e o reaparecimento da tuberculose, entre outras doenças. As taxas de fecundidade e mortalidade continuam declinando, o que resultou num menor crescimento populacional.

Estágio 5: Idade da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o desenvolvimento de tecnologias para a sobrevivência dos deficientes. Esse é o estágio do presente século XXI, em que estarão na liderança as doenças crônico-degenerativas e as ocasionadas pelo homem. A estas doenças ainda podem juntar-se as novas formas de morbidades ocasionadas pelos microorganismos oportunistas, causando problemas múltiplos de saúde no idoso. A expectativa de vida vai ultrapassar os 90 anos de idade.

A longevidade será paradoxal porque, ao mesmo tempo que significa mais anos de vida, implica também mais morbidades crônicas, prejuízos físicos e psicológicos, isolamento ou separação, depressão e declínio na posição social. O idoso poderá representar aumento dos custos médicos, dependência da sociedade e da família, sobrecarregando tanto o social como o econômico, principalmente daqueles que têm um nível socioeconômico baixo.

Esse último estágio vai ao encontro do pensamento de Veras et al. (2002), quando afirmam que os idosos mais fragilizados e com dificuldade na capacidade funcional são os que têm maiores chances de adoecer. Com pouco acesso aos serviços básicos de saúde, procuram atendimento quando a doença já se encontra em estado avançado, portanto, com menor possibilidade de reabilitação, precisando,

pois, contar com maior investimento de recursos de alta tecnologia. Então, não basta apenas acrescentar anos à vida, mas qualidade de vida aos anos vividos.

No Brasil, a transição epidemiológica pode ser percebida quando comparamos as causas de óbitos entre as décadas de 1950 e de 1980. Em 1950, 40% dos óbitos tiveram como causas doenças infecciosas e 12%, doenças crônicas. Já, em 1980, as doenças crônicas foram responsáveis por 40% dos óbitos contra 10% de óbitos causados por doenças infecciosas. Esses dados demonstram características próprias de uma população que está envelhecendo mais a cada ano e, por conseguinte, exigindo mais investimento em tratamento, hospitalização e reabilitação (VERAS, 1994).

Com o aumento da expectativa de vida, há maior possibilidade de o idoso apresentar múltiplas doenças crônicas, maior período de incapacidade e dependência.

Estudos como os realizados por Gordilho et al. (2000) e Veras et al. (2002) mostram que os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, que eles consomem mais os serviços de saúde, com maior número de internações hospitalares, cujo tempo médio de ocupação do leito é três vezes maior quando comparado ao de qualquer outro grupo etário.

Estudo longitudinal desenvolvido por Fillenbaum et al. (2000), durante seis anos, incluindo 4126 brancos e negros, com idade entre 65 e 100 anos, todos moradores na Carolina do Norte, EUA, mostrou os seguintes resultados: 57% referiram hipertensão arterial; 20%, diabetes mellitus; 15%, doenças cardiovasculares; 9%, câncer; 9%, doenças cerebrovasculares e 29% referiram duas ou mais condições concomitantes de doenças, observando-se que os idosos apresentam, em geral, mais de uma doença simultaneamente.

Chama atenção nesse estudo a co-morbidade entre hipertensão arterial, doença cardiovascular, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus. Hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC) e diabetes mellitus foram fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma vez que diabetes mellitus foi risco para AVC.

A hipertensão arterial foi a doença de maior prevalência entre os idosos, enquanto o AVC, infarto de miocárdio, câncer e diabetes mellitus foram as quatro principais causas de óbitos em negros com 65 anos ou mais, situando-se entre as seis principais causas de óbitos em brancos com a mesma idade. Nesse mesmo estudo, o aumento do grau de escolaridade apresentou-se como fator de proteção. Portanto, é importante que o profissional de saúde conheça as relações entre as morbidades, seus eventos e as faixas etárias mais atingidas na clientela para criar estratégias para preveni-las.

O estudo de Gordilho et al. (2000), baseado nos dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde - SUS, realizado em 1997, afirma que o índice de hospitalização e o número de dias de internação por habitante a cada ano mostraram-se maior no grupo de idosos; 1,12/dias em comparação com 0,23 e 0,40/dia, nas faixas de 0 a 14 e 15 a 59 anos, respectivamente. Os custos de hospitalização por habitante/ano somaram R\$ 334,73 por idoso, as de jovens entre 0 e 14 anos somaram R\$ 238, 67, enquanto as da faixa etária de 15 a 59 anos totalizaram R\$ 233, 87 por pessoa. O índice de custo de hospitalização por habitante/ano foi de R\$ 10,93 para os de 0 a 14 anos, de R\$ 18,48 para os de 15 a 59 anos e de R\$ 55,25 para os com mais de 60 anos de idade.

Observando esses dados, verifica-se que, quaisquer que sejam os indicadores, os custos e a utilização dos serviços são mais elevados na faixa etária acima de 60 anos.

Quanto ao diagnóstico de saúde da população idosa brasileira e suas internações hospitalares, estudo realizado por Costa et al. (2000) mostrou que os grupos de doenças com causas mais frequentes de internações hospitalares, entre os acima de 60 anos, foram os do aparelho circulatório, com 32,5%, 31,6% e 31,5%, respectivamente, nos anos de 1995, 1996 e 1997. Nesses mesmos anos, as doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa de internações, com valores entre 19,6% a 20,1%, seguidas pelas do aparelho digestivo, com 8,9% a 9%, pelas infecciosas e parasitárias, com 6,3% a 5,8%; pelas do aparelho geniturinário, com 6,2% a 5,9% e pelas do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, com 4,4% a 4,3%. Em nono lugar, situam-se as lesões e envenenamentos, com 4,3% a 4,4; em décimo, os transtornos mentais com 1,9% a 2% de internações. De acordo com os mesmos autores, a hipertensão arterial ocupou o sexto lugar nas causas de internações entre idosos com mais de 60 anos de idade, em 1996. Convém salientar que a hipertensão arterial é muito freqüente no Brasil, sendo uma das causas de risco para demência vascular. Assim, é preciso maior atenção na prevenção e no tratamento dessa patologia para diminuir a incidência das demências de ordem vascular. Esse mesmo estudo mostrou que, naquele ano, as causas externas foram a razão básica de óbito de 12.967 idosos brasileiros, dos quais 67% eram do sexo masculino.

Veras et al. (2002), estudando 605 idosos atendidos em uma unidade de avaliação geriátrica do Rio de Janeiro, quanto às queixas referidas pelos mesmos, encontraram os seguintes resultados: distúrbios osteoarticulares, 68,4%; esquecimento, 66%; perda visual, 57,9%; hipertensão arterial, 50,2%; tonturas, 42,1%; catarata, 38,2%; problemas urinários, 36,4%; perda de peso, 29,1%; hipercolesterolemia, 26,1%; perda auditiva, 22,8%; tremor, 18,8%; diabetes mellitus,

16,9% e glaucoma, 11,2%. Dos idosos avaliados, 10,1% já haviam sofrido acidente vascular cerebral; 1,2% tinham doença de Parkinson; 1,5%, de demência e 3,1%, de depressão. Essas queixas e/ou patologias encontradas nessa população são extremamente relevantes para subsidiar estratégias de prevenção, pois são fatores intrínsecos que podem predispor o paciente com demência a se acidentar no domicílio, mostrando, ainda, que grande parte das causas de morbimortalidade entre os idosos poderia ser reduzida por meio de programas de prevenção, promoção da saúde e/ou tratamento adequado.

Os dados relativos às internações hospitalares de pacientes com idade acima de 60 anos, no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de janeiro a dezembro de 2003, mostram as morbidades mais freqüentes entre os idosos no Brasil (BRASIL. MS., 2003). A lista corresponde às morbidades dos vinte e um capítulos do CID-10, com seus agrupamentos de afecções. Segundo essa classificação, as doenças do aparelho circulatório encontram-se em primeiro lugar, com 653.609 internações, seguidas das do aparelho respiratório, com 400.239 internações. Em terceiro lugar, vêm as do aparelho digestivo, com 212.441; em quarto, as infecciosas e parasitárias, com 164.013; em quinto, as neoplasias, com 157.571; em sexto, as doenças do aparelho geniturinário, com 129.332; em sétimo, as endócrinas nutricionais e metabólicas, com 112.886. Nessa última classificação encontra-se o diabetes mellitus, com 57.461 internações, seguido da desnutrição, com 30.318 e depleção de volume, com 19.961 internações. Em oitavo lugar, as lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas, com 100.768 internações, destacando-se aqui as fraturas de fêmur, com 28.008, seguidas das fraturas de outros ossos dos membros, com 23.373 internações. Em nono lugar,

vêm as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo que somaram 54.235 internações e, em décimo, as doenças do sistema nervoso, com 36.072 internações.

Dentre as doenças do aparelho circulatório está a insuficiência cardíaca, que somou 241.233 internações, seguida de acidente vascular cerebral, com 85.532, ambas responsáveis por maior número de hospitalizações na faixa etária de 80 anos ou mais. Em terceiro lugar está a hipertensão arterial, com 59.299 internações, havendo maior número de internação na faixa etária de 60 a 69 anos. As doenças do aparelho respiratório incluem as pneumonias, com 134.889 internações, com maior número na faixa etária de 80 anos ou mais.

Quanto às doenças do aparelho digestivo, tiveram destaque a colelitíase e a colecistite, com 39.758 internações, com incidência maior na faixa etária de 60 a 69 anos.

Os transtornos mentais e comportamentais ocuparam o 13º lugar e, dentre esses, estão as esquizofrenias, com 12.190 internações, estando a maioria na faixa etária de 60 a 69 anos, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais pelo uso do álcool, com 4.649 internações.

As demências somaram 1766 internações, sendo 644 na faixa de 60 a 69 anos; 682, na de 70 a 79 anos e 440, em pacientes com mais de 80 anos. A demência tipo Alzheimer foi responsável por 33 internações na faixa etária de 60 a 69 anos; por 71, na de 70 a 79 anos e também por 71 internações na de 80 anos ou mais.

O sexo masculino apresentou maior número de internações nas doenças do sistema nervoso e transtornos mentais e comportamentais, mas, nas demências e doenças do tipo Alzheimer, as mulheres apresentaram maior número de internações, após os 80 anos.

Porém, ao analisar os dados sobre demência, levantou-se a hipótese da falta de informação sobre o diagnóstico, prejudicando os dados. Este fato, provavelmente, justifica-se pela dificuldade que a maioria dos serviços de saúde têm em fazer tal diagnóstico. Um outro fator é que, na maioria das vezes, o paciente acometido por demência, na maioria das vezes, não tem indicação para internação hospitalar.

De modo geral, o maior número de internações hospitalares ocorreu nos idosos em faixas etárias mais velhas, 80 anos ou mais. A demanda da população idosa por internação hospitalar no país, já representa 23% dos gastos públicos (COSTA et al., 2000).

De acordo com Jacob Filho e Hojaij (2001), um Serviço de Emergência norte-americano realizou, durante seis meses, um estudo dos principais diagnósticos, tendo como população 519 idosos com idade superior a 60 anos. Em ordem decrescente, os dez principais diagnósticos foram: dor pré-cordial e infarto do miocárdio, trauma, pneumonia, insuficiência cardíaca, dor abdominal, distúrbios hidroeletrólíticos, acidente vascular cerebral, arritmia, diabetes mellitus, demência e outros distúrbios cognitivos.

Ainda nos Estados Unidos, de acordo com Fries (2002), as doenças crônicas foram responsáveis por mais de 80% de todos os óbitos, assim como pelo grande número de incapacidades. O início das mesmas dá-se de modo precoce, com desenvolvimento lento e assintomático, abaixo do limiar clínico, e progridem até tornarem-se evidentes, progressivas e, muitas vezes, culminando em incapacidade ou morte. Para Fries (2002), o tratamento da hipertensão arterial, a mudança no estilo de vida, o aumento de exercícios físicos e mentais, a perda de peso, o

crescimento da autonomia e a responsabilidade pessoal para com a saúde podem propiciar uma vida mais saudável e, assim, retardar a morte.

Com o aumento na expectativa de vida, elevou-se também o período de incapacidade e dependência. Frente a esta realidade, as Unidades Básicas de Saúde, os programas de saúde da família e demais instâncias que prestam atendimento primário devem planejar estratégias que auxiliem na promoção de uma vida saudável ao idoso e à população em geral, seja através de folhetos, vídeos em sala de espera de ambulatórios e consultórios, grupos de formação de cuidadores ou de informações sobre hábitos saudáveis e doenças, entre outras.

A World Health Organization (WHO) (1984) preconiza que a informação epidemiológica deve ser valorizada pela sua capacidade de prever eventos, facilitando o diagnóstico precoce com relação às doenças crônicas, retardando seu início, para assim melhorar a qualidade de vida do indivíduo e, ao mesmo tempo, a abordagem terapêutica.

A carta elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no ano de 1986, publicada pela OMS, recomenda que sejam proporcionados à população meios necessários para melhorar sua saúde, bem como maior controle sobre a mesma. Para tal fim, o indivíduo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades, além de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente em que vive. Por conseguinte, o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de uma vida saudável e a promoção da saúde não se restringe apenas à área da saúde, mas também a fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, entre outros (WHO, 1986).

Visto sob esse ângulo, permanecer no padrão tradicional de assistência centrada no atendimento hospitalar e no modelo asilar é agravar os problemas de

saúde. De acordo com Veras et al. (2002), o modelo de atenção à saúde do idoso centrado na avaliação da capacidade funcional deve ser a nova perspectiva de cuidado.

Como o atual sistema de saúde brasileiro tem uma demanda reprimida e precária na captação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente, o diagnóstico centrado na queixa principal é método eficaz para o adulto-jovem. Entretanto, não o é para o idoso, porque este requer maior atenção dos profissionais e maior tempo na avaliação, como exemplo, as deficiências sensoriais, tais como visão, audição e cognição. Essas deficiências não são exclusivas do idoso, mas ocorrem com maior frequência entre eles. Assim, conhecer o processo do envelhecer é importante para que o profissional possa estabelecer um diagnóstico mais preciso e uma terapêutica mais adequada.

Para Fries (2002), uma proposta-chave para os idosos é a postergação do início das doenças, através de estratégias que levem o aparecimento da primeira enfermidade e incapacidade para o limiar mais próximo possível do limite biológico da vida, estendendo o vigor da vida adulta e comprimindo a morbidade para o seu final. Para isso, é necessária a criação de novos padrões de atenção à saúde para os idosos, implementados por profissionais qualificados na área do envelhecimento, pois os modelos de saúde existentes para clientes das outras faixas etárias, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação não podem ser apenas transferidos para os idosos sem uma adaptação específica.

Enquanto essa proposta não for concretizada, é preciso investir na melhoria das condições de saúde do idoso, exigindo-se das autoridades competentes uma visão de futuro visando reabilitar ou prevenir seqüelas nos idosos demenciados,

beneficiando a qualidade de vida dos mesmos e da família, e reduzindo custos, inclusive para o sistema de saúde.

Doenças como depressão e demência são as que acarretam maiores causas de incapacidade aos anos vividos, em todo o mundo, exatamente por levarem à perda da independência e, inevitavelmente, da autonomia (GORDILHO et al., 2000; VERAS et al., 2002). Tanto a dependência física como a mental podem indicar fatores de risco importantes para a mortalidade, mais do que as próprias doenças que levam à dependência, especialmente as demências. Estas ainda são um desafio para os enfermeiros e demais profissionais da saúde no que diz respeito à implantação de novos modelos e métodos para seu enfrentamento.

É necessário, portanto, que a sociedade, a família e os profissionais da área da saúde estejam preparados e disponham de recursos para assistir o cidadão demenciado na comunidade, já que sua institucionalização ou internação hospitalar não se justifica. Assim, é preciso analisar de qual suporte social e de saúde a família dispõe para cuidar de seu familiar com demência, no domicílio. Refletindo sobre essa realidade, constata-se que existem poucas opções, sendo as mais disponíveis as universidades públicas, associações, grupos de voluntários e grupos de ajuda mútua. Isso porque os sistemas de saúde ainda se encontram pouco estruturados para uma crescente demanda de pessoas com múltiplas doenças crônicas que podem perdurar por mais de 20 anos, exigindo equipe multidisciplinar com profissionais qualificados na referida área, equipamentos e exames complementares de alta tecnologia, fatores que tornam o tratamento complexo e oneroso.

Rodrigues; Andrade; Mendes (1995) mostraram, também, que quase todos os cuidadores que assumiram a responsabilidade de cuidar de seus idosos ficaram mais frágeis ao isolamento, à solidão, à depressão e ao estresse pela falta de uma

rede de suporte social, sem contar que eles não tinham consciência da necessidade de cuidar de si próprios. O enfermeiro deve, então, estar atento a esses problemas, a fim de intervir com um plano de ação, cuja meta seja o bem-estar do idoso e do cuidador.

Dentre as múltiplas doenças crônicas que necessitam de cuidador encontram-se as demências, que são consideradas síndromes clínicas de declínio cognitivo. As demências são, na realidade, um problema de saúde que cresce a cada ano em importância e número. O declínio das funções cognitivas compromete a segurança do indivíduo, deixando-o mais susceptível a diversas situações do cotidiano, dentre elas os acidentes domésticos, que são responsáveis pelo aumento de problemas como: dependência, incapacidade, morbidade e mortalidade, ocasionando prejuízos ao indivíduo, família e sociedade.

A frequência com que os idosos com demência podem sofrer acidentes no domicílio, juntamente com a necessidade de cuidados que decorrem desses eventos, pode deixar os enfermeiros, familiares e cuidadores frustrados porque, muitas vezes, as intervenções preventivas de acidentes foram pouco efetivas. Para efetuar essa ação, é necessário que os enfermeiros conheçam as causas, os antecedentes dos acidentes, como eles ocorrem e quais as suas conseqüências. Benson e Lusardi (1995) definem antecedentes como eventos ou incidentes que podem acontecer anteriormente à ocorrência do acidente; em outras palavras, antecedentes são os eventos que acontecem antes de o paciente cair ou acidentarse. A World Health Organization (1984) preconiza que a informação epidemiológica deve ser buscada e valorizada pela sua capacidade de prever eventos como os acidentes domésticos entre os pacientes demenciados. Refere, também, que os resultados das pesquisas é que darão aos profissionais condições de planejar os

serviços de saúde e determinar as políticas preventivas mais adequadas à realidade vigente. Assim, é de suma importância que todos os profissionais que trabalham com prevenção de acidentes falem a mesma linguagem e tenham o mesmo entendimento sobre o assunto, pois somente dessa maneira poderão intervir e contribuir para melhorar as condições de saúde do ser humano.

Levando-se em consideração as transições demográficas e epidemiológicas, que estão ocorrendo na população brasileira, e a trajetória profissional da pesquisadora, que também constatou a lacuna de conhecimento sobre acidentes domésticos em idosos com demência, justifica-se o propósito deste estudo.

Esta pesquisa é de extrema relevância, fazendo-se oportuno desenvolver um estudo epidemiológico para conhecer os acidentes domésticos mais comuns que ocorrem com idosos com diagnóstico médico de demência, uma vez que existe uma lacuna a ser preenchida, frente as escassas pesquisas internacionais e à inexistência no Brasil sobre esse objeto. Por outro lado, sabe-se que os acidentes ocorrem e não são raros, e requerem tratamento mais prolongado frente ao déficit cognitivo do idoso; assim se faz necessário investir em programas ou políticas de saúde de prevenção de acidentes.

O compromisso desta pesquisa é trazer para os profissionais da saúde e para a própria sociedade dados sobre os acidentes domésticos que ocorrem em uma determinada faixa etária da população, ainda pouco conhecidos, para, a partir dos resultados, investir na promoção da saúde e na prevenção de acidentes com vistas à melhoria da condição de vida dos idosos.

Frente ao exposto, traçaram-se os objetivos explicitados a seguir.

1.3 OBJETIVO GERAL

Descrever os acidentes domésticos ocorridos com idosos com diagnóstico de demência, residentes na zona urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, atendidos em um ambulatório terciário de um hospital público, relacionando-os às suas condições de vida.

1.3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos idosos com demência segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda;
- avaliar a função cognitiva dos idosos e a sua relação com sexo, idade, estado civil e escolaridade;
- identificar os acidentes mais comuns entre os idosos, no domicílio, de acordo com o sexo, a idade e os escores do MEEM;
- propor um protocolo de avaliação do tipo mais comum de acidente doméstico a que essa população idosa está sujeita.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo estão descritos o conceito de demência, bem como suas fases, incidência e prevalência nos idosos e os acidentes domésticos mais comuns com os mesmos.

2.1 DEMÊNCIA

Com o aumento da expectativa de vida do ser humano surgiram novos problemas na área da saúde, de ordem social e econômica. Os transtornos mentais passam pela influência desta mudança populacional, aumentando o número de idosos com demências, após os 60 anos de idade (GELLER; REICHEL, 2001). Porém, entende-se que as demências não são doenças exclusivas dos idosos, mas ocorrem com maior frequência nessa faixa etária, alterando o desempenho de papéis, as atividades sociais habituais e as relações com as outras pessoas, causando dificuldade ao indivíduo para o autocuidado e o desempenho das atividades do cotidiano e no trabalho (SAVONITTI, 2000; CALDAS, 2002).

As demências são, na atualidade, um problema de saúde mental que cresce a cada ano em importância e número, tornando-se uma questão de saúde pública. Frente a essa realidade, é cada vez maior a necessidade de estudar e pesquisar as doenças classificadas como demência, para que os serviços de saúde e os profissionais possam proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos e respectivas famílias.

2.1.1 Conceito de Demência

Na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), demência é considerada uma doença cerebral de natureza crônica ou progressiva, que compromete a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. Definida como uma síndrome de declínio global na capacidade cognitiva, ocorre com a falta de clareza de consciência, sendo suficientemente intensa para interferir nas atividades profissionais e sociais do indivíduo (CARAMELLI; NITRINI, 1997; LYKETSOS; STEELE; STEINBERG, 2001; CALDAS, 2002; NITRINI, 2002).

As demências podem ser classificadas em reversíveis e irreversíveis. As causas mais comuns de demência que se podem reverter são: a deficiência de vitamina B₁₂, drogas, depressão, abuso do álcool, hidrocefalia de pressão normal, transtornos endócrinos e metabólicos (LUDERS; STORANI, 1997; McRAE, 2001). Quanto às irreversíveis, decorrentes de várias formas de alterações neuronais, algumas têm suas causas nas doenças vasculares, transtornos genéticos, infecções e trauma. Entretanto, a maioria ainda é de causa desconhecida, como as doença de Alzheimer e de Pick, a doença difusa de corpos de Lewy, paralisia supranuclear progressiva, esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Creutzfeldt-Jakob e doença de Huntington, sendo Alzheimer a mais freqüente, seguida da doença vascular ou da combinação das duas, demência mista.

De acordo com Damasceno (1999), ainda não existe um marcador biológico seguro da doença de Alzheimer, e os testes psicométricos podem resultar em falso-positivos. Como o envelhecimento cerebral pode vir acompanhado de alterações

mentais e neuropatológicas que se sobrepõem às das demências, isto dificulta o diagnóstico. Os testes de evocação retardada de lista de palavras, memória lógica, pensamento categórico, destreza viso-motora-espacial e o teste de Nomeação de Boston têm sido apontados como os que mais diferenciam a demência incipiente do envelhecimento cerebral normal. Desse modo, fazer diagnóstico dos problemas cognitivos leves no idoso ainda continua sendo um desafio na área da saúde.

O diagnóstico de demência fundamenta-se no declínio da memória e outras funções corticais superiores, como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e seqüenciamento. Para sua investigação, utilizam-se as histórias clínicas do paciente, os dados fornecidos pelo acompanhante (geralmente um familiar), além de exame físico, teste de memória e de outras funções cognitivas. Também se utilizam exames de laboratório, como: hemograma completo, eletrólitos séricos, glicemia, uréia e creatinina, provas de função hepática, testes da função tireoideana, vitamina B₁₂ sérica e sorologia para sífilis. Pode-se investigar, ainda, por meio de exames de neuroimagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), técnicas que proporcionam imagens das estruturas cerebrais, de tomografia por emissão de pósitrons (PET), que fornece imagens da atividade celular em várias regiões cerebrais e, ainda, por meio de tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) e de eletrencefalograma (EEG). Como exames opcionais, há: velocidade de hemossedimentação, folato sérico, sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), radiografia de tórax, dosagem de metais pesados na urina de 24 horas e rastreamento toxicológico, punção lombar e testes neuropsicológicos (CARAMELLI; NITRINI, 1997; ALMEIDA, 1998; DAMASCENO, 1999; AISEN; MARIN; DAVIS, 2001; MC

RAE, 2001), servindo os resultados desses exames de apoio ao quadro clínico do paciente para confirmar ou não o diagnóstico de demência.

O diagnóstico das demências degenerativas depende das informações clínicas e de exame neuropsicológico. Os exames laboratoriais e os de neuroimagem são fundamentais nos casos de demências secundárias, principalmente naquelas consideradas reversíveis.

Entre os vários instrumentos desenvolvidos para avaliar a função cognitiva, a escala de Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein; Folstein; McHugh (1975) é a mais utilizada pelos pesquisadores de vários países. Essa escala é constituída por questões agrupadas em sete categorias, cada uma com o objetivo de avaliar domínios cognitivos específicos por meio de pontuação, cujo escore pode variar de zero (0) até trinta (30) pontos.

A escala é simples e pode ser aplicada em poucos minutos, proporcionando boa consistência interna e confiabilidade.

No Brasil, Bertolucci; Brucki; Campacci (1994) validaram o MEEM para a língua portuguesa e observaram que o escore total dependia do nível educacional do indivíduo. Os pontos de cortes sugeridos por eles foram de 13, para analfabetos; 18, para escolaridade baixa/média e 26, para alta escolaridade. Observa-se nos estudos de Folstein; Folstein; McHugh (1975) e de Bertolucci; Brucki; Campacci (1994) pontos de cortes diferentes em pontuação e nível de escolaridade. Como a população brasileira tem uma escolaridade bastante diversificada e o grau de escolaridade da maioria das pessoas idosas é baixo, os níveis de corte estratificados diminuirão as falhas no diagnóstico, porque o fator mais importante na determinação do desempenho no MEEM é o nível educacional, também referido por Brucki et al. (2003).

Enquanto Almeida (1998) defende valores de pontos de cortes diferentes, para ele o ponto de 23/24 revela excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência em idosos com alguma instrução escolar, sendo a ponte de corte 19/20 a mais adequada para o diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade.

Cabe destacar que, em nosso país, o ensino fundamental ainda é bastante heterogêneo, com características regionais próprias, fazendo com que haja interferência nas respostas, principalmente, nos grupos de escolaridade mais baixos. Nos estudos realizados por Bertolucci; Brucki; Campacci (1994) e Almeida (1998), observa-se que, em escolaridades mais elevadas, há concordância nos níveis de corte e semelhanças nas médias obtidas nas amostras.

Existem muitas doenças que podem causar demência, algumas têm tratamento específico que melhora ou cura a demência, mas a maioria das vezes o responsável é a Doença de Alzheimer, doença degenerativa do cérebro para a qual ainda não existe cura. A evolução do quadro clínico da demência acontece diferentemente em cada indivíduo, dependendo da causa. A seguir estão apresentadas as três principais fases e/ou estágios da demência.

2.1.2 Fases da demência

É importante que os profissionais da área de saúde, principalmente os da enfermagem, conheçam as diferentes fases de evolução da demência e os graus de dependência cognitiva, funcional e comportamental causados por essa doença para prestarem o cuidado adequado aos demenciados. E o enfermeiro é o profissional que tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional, mesmo considerando-se que cada pessoa tem a possibilidade de cuidar de outra.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998); Savonitti (2000); Sparks (2001); Guerreiro e Caldas (2001); Aisen; Marin; Davis (2001); Kertesz e Mohs (2001) e Caldas (2002), na fase inicial ou leve da demência, o idoso necessita de supervisão para tomada de decisões e de planos. Ainda nessa fase a memória começa a falhar, ele perde a concentração, apresentando dificuldade de encontrar as palavras ou de lembrar o dia da semana, mês e ano, mas a lembrança de eventos passados é preservada. Este estado gera angústia, agitação e deixa a pessoa deprimida, pois ela ainda está com sua função cognitiva preservada a maior parte do tempo e percebe que seu estado mental apresenta dificuldades, mantendo-se normais as funções motoras e sensoriais.

Na fase moderada ou intermediária, o grau de dependência do idoso aumenta, assim como a necessidade de maior supervisão e auxílio para o autocuidado. Em relação à memória, tanto a recente como a remota ficam bastante prejudicadas, pois o paciente apresenta dificuldade para cálculo e cópia, apreendendo apenas material muito familiar. Não consegue mais desenvolver as atividades da vida diária, surgindo mudanças marcantes no comportamento, podendo ainda apresentar desorientação quanto a espaço e tempo, como também perambulação e agitação.

Na fase avançada ou final, a pessoa é totalmente dependente nas atividades da vida diária, devido à perda da atividade psicomotora, aparecendo problemas como incontinência urinária e fecal. Além disso, não reconhece os amigos e parentes mais próximos, terminando geralmente confinado ao leito.

Demência na doença de Alzheimer pode ser dividida em dois subtipos: de início precoce e de início tardio. A de início precoce se manifesta no indivíduo de

idade inferior aos 65 anos e a tardia após os 65 anos de idade. Quanto à duração de cada fase, esta varia de acordo com o grau da doença e de cada pessoa e se a doença é do tipo início precoce ou tardio.

Conhecer a evolução dessa doença é essencial para os profissionais da área da saúde, para que estes atuem no cuidado ao paciente e sua família com informações, orientações e na prevenção de complicações adicionais, como acidentes, além de outras intercorrências.

2.1.3 Incidência e prevalência da demência

Ao expor a taxa de ocorrência de uma doença, é necessário fazer distinção entre **incidência**, que são novos casos diagnosticados e **prevalência**, número de casos novos e antigos diagnosticados dentro do grupo.

As estimativas epidemiológicas de demência variam de um estudo para outro, de acordo com as medidas tomadas para diagnosticar os casos mórbidos. A incidência anual da demência aumenta com o envelhecimento, de 0,6% na faixa dos 65-69 anos e para 9,4% naqueles com mais de 85 anos (ALMEIDA, 1998; SAVONITTI, 2000; AISEN; MARIN; DAVIS, 2001). Quanto à prevalência, esta aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre aqueles com mais de 60 anos e 20% ou mais para aqueles com idade superior a 80 anos, dobrando a cada 5 anos com o aumento da faixa etária (LUDERS; STORANI, 1997; ALMEIDA, 1998; SAVONITTI, 2000; AISEN; MARIN; DAVIS, 2001).

Na população dos Estados Unidos estimou-se que cerca de 10% dos idosos com mais de 65 anos de idade sofriam de demência, tipo Alzheimer. Porém, em todo o mundo, cerca de 4% dos idosos acima dos 65 anos de idade têm alguma forma

grave de demência, cerca de 10 a 20% apresentam formas leves da doença. A Alzheimer's Disease International (ADI) estima que, por volta do ano 2025 o quadro demencial oscilará em torno de 34 milhões de pessoas, e uma grande parte delas terá a doença de Alzheimer, sendo que 71% estarão nos países em desenvolvimento. A prevalência aumenta com a idade, de modo que, entre as pessoas com mais de 85 anos, 20% ou mais têm uma forma grave de doença de Alzheimer (GELLER; REICHEL, 2001; SPARKS, 2001).

Lopes e Bottino (2002) analisaram as publicações nacionais e internacionais entre 1994 a 2000 sobre a prevalência de demência em diversas regiões do mundo, destacando-se 38 artigos, sendo que a distribuição dos trabalhos por área geográfica foi a seguinte: na Europa, identificaram quinze (15) estudos, distribuídos, em ordem decrescente, por Espanha, Holanda, Suécia, Itália, Alemanha, Dinamarca e Bélgica. Na Ásia, identificaram onze (11) estudos, sendo cinco (5) no Japão; oito (8) na América do Norte, com sete (7) pertencentes aos Estados Unidos; um (1) na América do Sul, desenvolvido no Brasil, interior de São Paulo, na cidade de Catanduva; dois (2) na Oceania, oriundos da Austrália e um (1) na África, realizado na Nigéria.

A prevalência média de demência acima dos 65 anos de idade variou entre 2,2% na África; 5,5% na Ásia; 6,4% na América do Norte; 7,1% na América do Sul (o estudo realizado em Catanduva / SP – Brasil) e 9,4% na Europa.

A análise dos artigos ainda proporcionou o cálculo da prevalência mundial de demência, de acordo com a faixa etária, descrito a seguir: na faixa etária dos 65-69 anos, a prevalência variou de 0,70 a 1,63%, com média de 1,17%; dos 70-74, de 2,11 a 4,35%, com média de 3,23%; dos 75-79 variou de 6,10 a 9,64%, com média de 7,87%; dos 80-84, de 12,49 a 19,95%, com média de 16,22%; dos 85-89 variou

de 17,63 a 29,37%, com média de 23,50%; dos 90-94 de 31,75 a 45,76%, com média de 38,76%; e acima dos 95 anos a prevalência variou de 12,57 a 97,09%, com média de 54,83%. Os estudos utilizaram amostra que variou de 9 a 10.263 idosos, com idade entre 65 a 100 anos, pertencentes aos diferentes Continentes. Outro aspecto observado foi que, em 75% das pesquisas, a maior prevalência de demência ocorreu no sexo feminino, provavelmente pelo aumento da expectativa de vida das mulheres, com relação à dos homens, não sendo o sexo citado como fator de risco (LOPES; BOTTINO, 2002).

Nitrini (1999) refere que, a partir da década de 1980, registraram-se os primeiros estudos populacionais e os casos sobre a prevalência de demência e da doença de Alzheimer no Brasil.

Destaca-se o estudo realizado no interior do estado de São Paulo por Herrera; Caramelli; Nitrini (1998), em que verificaram taxa de 7,1% de prevalência de demência nos indivíduos com 65 anos ou mais, considerada intermediária quando comparada aos resultados de estudos internacionais. Constataram, ainda, que a baixa escolaridade foi um fator de risco para desenvolver a demência, enquanto ter um nível de escolaridade mais alto apareceu como um fator de proteção. Dos analfabetos avaliados, 12,2% apresentaram demência em comparação aos 3,5% daqueles com escolaridade de oito anos ou mais. Cerca de dois terços dos casos de demência eram do tipo Alzheimer e o restante apresentou outro tipo de demência.

Nitrini (2002) fez uma estimativa para a população brasileira de prevalência de demência e de doença de Alzheimer, baseado no estudo de prevalência em Catanduva, interior de São Paulo de Herrera; Caramelli; Nitrini (1998), e nos dados do censo de IBGE (2000), quando a população de idosos com 65 anos ou mais era de 9.935.100 no Brasil. O autor estimou que, dessa população, 751.752 idosos

teriam o diagnóstico de demência, com prevalência de 7,1% e dos que apresentassem demência, 530.730 teriam a doença de Alzheimer, com prevalência de 4,9%. Esta projeção mostra a gravidade do problema e a magnitude da doença na sociedade brasileira, em seus diversos níveis, tanto na atualidade como nos próximos anos.

O aumento da prevalência das demências tem amplas implicações sobre a assistência à saúde e o planejamento econômico do país, devendo todos os segmentos da sociedade preocupar-se com o atendimento dessa nova demanda, assim como devem adequar-se para esse fim.

Conhecer o comportamento da síndrome de demência é importante para que os profissionais da saúde, sociedade e governantes possam desenvolver uma terapêutica mais adequada, assim como investir em educação e apoio aos familiares.

Associando a demência, tipo Alzheimer, com autocuidado, ao ler o editorial escrito por Morley; Perry; Miller (2002) sobre fragilidade, observa-se que este é um termo comumente usado para referir-se a pessoas idosas com aumento de risco para morbidade e mortalidade. Definida como “um estado que ocorre quando ali é diminuída a habilidade para realizar importantes atividades práticas e sociais da vida diária”, a fragilidade é a precursora da deterioração funcional que conduz a recorrentes hospitalizações, institucionalizações e morte.

A pessoa frágil tem as atividades sociais diminuídas, ora por incontinência urinária, ora pelo declínio de mobilidade, levando-a a osteopenia, que conduz a quedas, podendo ter como consequência fratura do quadril e medo de cair novamente. As pessoas frágeis aparecem com o risco aumentado para desenvolver

Acidente Vascular Cerebral (AVC) e todas as causas de fragilidade podem interagir, conduzindo o indivíduo à morte.

A adoção prévia de medidas eficazes pelos profissionais da saúde sobre a idade cronológica, genética e nível educacional pode contribuir para diminuir o impacto da fragilidade. A presença de uma forma específica de gene para a substância denominada de apolipoproteína E₄, fator de risco para a Doença de Alzheimer e a arteriosclerose são particularmente bons marcadores de futura fragilidade. Morley; Perry; Miller (2002) identificaram, também, como um conjunto de condições precursoras da fragilidade: a anorexia, inatividade, falta de exercício e medo de cair, dor, assim como o diabetes mellitus, depressão e delirium, doenças potencialmente tratáveis, sendo que a fragilidade leva ao aumento da deficiência funcional nas quedas com ou sem ferimentos, o que diminui a atividade social.

Os termos ‘fragilidade’ e ‘frágil’ servem tanto para referir-se a pessoas idosas como ao paciente com algum tipo de demência.

Na fragilidade, assim como na síndrome de demência, pode-se verificar que ambas as condições de saúde predis põem a pessoa para a ocorrência de acidentes, principalmente os domésticos. Nas duas situações, o processo é evolutivo e progressivo, os efeitos são associativos e acumulativos, apresentando semelhança na intercorrência de morbidade, na diminuição de atividade social, mobilidade e cognição. Paralelamente a essa situação, surgem os medos, a depressão, a ocorrência de acidentes, as hospitalizações recorrentes e as institucionalizações, que podem levá-la à morte.

O idoso demenciado *versus* fragilidade necessita de avaliações constantes, tanto por parte da equipe de saúde quanto da família, que compartilha o seu

cotidiano. Um dos aspectos que merece ser avaliado com atenção é o do ambiente psicossocial e físico que pode desencadear acidentes domésticos.

2.2 ACIDENTES DOMÉSTICOS

Nesta seção, serão abordados os principais acidentes domésticos e suas conseqüências, que ocorrem em idosos com o diagnóstico de demência. Na revisão da literatura, os acidentes domésticos mais freqüentes são: quedas, aspiração de alimentos, queimaduras, cortes/ferimentos, intoxicações e ingesta de corpo estranho.

Os acidentes domésticos podem levar o indivíduo à morbidade, incapacidade e, conseqüentemente, à morte. O indivíduo com perda de memória, acrescida ao processo de envelhecimento, à diminuição da coordenação motora, da acuidade visual e auditiva, entre outras dificuldades, fica mais exposto à ocorrência de acidentes. Para a World Health Organization (1990), os acidentes devem ser questões de preocupação da Saúde Pública, pelos prejuízos que causam ao indivíduo, à família e sociedade. Outras constatações importantes, desse órgão são os dados demográficos mostrando que as quedas destacam-se como as principais causas de acidentes, seguidas por queimaduras e envenenamentos, entre outras.

De acordo com Hamzaoglu e Janson (2002), acidente é um acontecimento que ocorre contra a vontade por súbita força externa e causa danos físicos e mentais. Os acidentes geralmente são classificados de acordo com o local onde ocorrem. Portanto, acidentes domésticos são aqueles que acontecem dentro ou em torno do domicílio.

As pessoas que sofrem de algum tipo de demência, na sua grande maioria, estão na fase do envelhecimento. A soma destes dois fatores (idade avançada e demência) compromete a segurança das pessoas, deixando-as mais vulneráveis para os perigos dentro e fora do ambiente domiciliar.

Os acidentes domésticos ganham importância dentre os vários perigos ambientais, considerando-se que os idosos demenciados passam a maior parte do tempo no ambiente domiciliar, estando também sujeitos aos acidentes de trânsito e de trabalho, dependendo da fase de evolução da doença. De acordo com Rodrigues e Mendes (2000), o ambiente domiciliar é o espaço que inclui pessoas e objetos, e a relação entre eles pode afetar as características pessoais, influenciando o comportamento na vida diária. Visto sob esse aspecto, o referido ambiente favorece a proteção do idoso contra o fator de risco para acidentes, mas, por outro lado, caso o ambiente domiciliar ofereça perigo, predispõe à ocorrência de acidentes.

Os fatores relacionados aos acidentes em idosos com demência são múltiplos e complexos. Devem-se levar em consideração os fatores intrínsecos relacionados à condição física do paciente, ao declínio das funções cognitivas, ao uso de medicações, doenças associadas, entre outros. Quanto aos extrínsecos, estes se relacionam ao ambiente domiciliar. Assim, é necessário identificar os fatores de risco para acidentes em pessoas demenciadas a fim de desenvolver estratégias de prevenção.

No levantamento bibliográfico de idosos em estado demenciado *versus* acidentes domésticos, identificaram-se e selecionaram-se trabalhos que tratavam de algum aspecto do acidente doméstico, assim como de algum tipo de comprometimento cognitivo na população pesquisada. A literatura aponta que a condição clínica, o declínio cognitivo e/ou outra deficiência funcional eram a grande

razão dos acidentes domésticos com idosos, assim como os fatores ambientais e intrínsecos. Optou-se, também, por pesquisas que abrangiam todas as faixas etárias, desde que relatassem idosos com algum déficit cognitivo ou acidente no domicílio.

Os tipos de acidentes encontrados na literatura, por ordem decrescente, segundo número de publicações, na sua grande maioria, foram quedas, seguidas por queimaduras, aspiração pulmonar, intoxicação, ingestão de corpo estranho, mutilação do olho, trauma de cabeça e outros acidentes no domicílio, sendo que, neste último, a faixa etária variou de zero aos 90 anos.

Os dados foram obtidos na Base de Dados Medline, Lilacs e periódicos da área de saúde, no período de 1995 a 2003, tendo empregado os seguintes descritores de saúde: *accidents home, dementia, aged, falls, burns, courtship, electricity, foreign bodies, toxic substances, asfixia, wounds, injuries, penetrating, stab, gunshot, demencia, enfermedad de Alzheimer, anciano accidentes por caidas, quemaduras, cortejo, substancias toxicas, heridas y traumatismos, heridas penetrantes, heridas punzantes, heridas por arma de fuego, demência, doença de Alzheimer, idoso, acidentes por quedas, queimaduras, corte, substâncias tóxicas, ferimentos e lesões, ferimentos penetrantes, ferimentos perfurantes, ferimentos por arma de fogo*. Os tipos de acidentes dessa busca encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos publicados sobre os acidentes mais frequentes em idosos e pacientes demenciados, no período de 1995 a 2003 (Medline e Lilacs, 2003)

ACIDENTES	Medline		Lilacs		Total	
	n	%	n	%	n	%
QUEDAS						
Idoso	70	47,95	1	0,68	71	48,64
Demenciado	56	38,36	1	0,68	57	39,05
QUEIMADURAS						
Todas as idades	4	2,75	-	-	4	2,75
Idoso	5	3,43	-	-	5	3,43
Demenciado	1	0,68	-	-	1	0,68
ACIDENTES DOMÉSTICOS						
Diferentes idades	1	0,68	-	-	1	0,68
CORPO ESTRANHO						
Idoso	1	0,68	-	-	1	0,68
ASPIRAÇÃO PULMONAR						
Idoso	1	0,68	-	-	1	0,68
Demenciado	2	1,37	-	-	2	1,37
INTOXICAÇÃO QUÍMICA						
Idoso	1	0,68	-	-	1	0,68
Demenciado	1	0,68	-	-	1	0,68
LESÃO OCULAR						
Demenciado	1	0,68	-	-	1	0,68
TOTAL	144	98,63	2	1,37	146	100

Ao analisar os artigos, observou-se que a maioria dos estudos sobre quedas em idosos com diagnóstico de demência ou algum déficit cognitivo foi desenvolvida nos Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, Japão e Brasil, enquanto que o estudo das queimaduras foi desenvolvido no Reino Unido e na China, sendo também provenientes do Japão os estudos sobre aspiração de alimento e corpo estranho. Os anos de 2000 e 2002 foram os que apresentaram maior número de publicações, sendo 80% na língua inglesa, 10% na alemã e os 10% restantes na japonesa, espanhola, francesa, portuguesa, coreana e hebraica. Os dados da Tabela 1 mostram que, dos 146 artigos, 62 (42,46%) foram estudos realizados com idosos demenciados, enquanto os outros referem-se a idosos com perdas cognitivas. Sobre quedas, foram identificados 128 trabalhos, sendo 57 com pacientes com algum tipo

de demência e 71 com idosos, os quais também apresentavam algum grau de deficiência funcional e/ou cognitiva. Os motivos relacionados a quedas, mais enfatizados na literatura por ordem decrescente, segundo número de publicações, foram: condições clínicas e ambientais, fatores intrínsecos e extrínsecos associados, uso de medicação e desequilíbrio/estabilidade postural (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos itens abordados nos artigos publicados relativos à queda de idosos, no período de 1995 a 2003, (Medline e Lilacs, 2003).

QUEDAS Itens/conteúdo	FREQUÊNCIA					
	Medline		Lilacs		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fatores intrínsecos	53	41,5	2	100	55	43,0
Fatores extrínsecos	19	15,1	-	-	19	14,9
Prevenção/qualidade de vida	16	12,7	-	-	16	12,5
Consequências	14	11,1	-	-	14	11,0
Uso de medicação	10	7,9	-	-	10	7,8
Equilíbrio postural	10	7,9	-	-	10	7,8
Fatores intrínsecos e extrínsecos	3	2,4	-	-	3	2,3
Não específica	1	0,8	-	-	1	0,7
TOTAL	126	100	2	100	128	100

Do total de artigos sobre queimaduras, observa-se que dos 10 (6,85%) casos encontrados, apenas 1 (0,68%) ocorreu com idoso demenciado.

A aspiração de alimentos ou partículas para o pulmão em idosos demenciados ou com algum déficit cognitivo foi relatado em três estudos.

Quanto aos acidentes por intoxicação com produtos de limpeza, identificaram-se duas publicações: uma com idosos que apresentavam algum déficit cognitivo e a outra com pacientes demenciados. Com ingestão de corpo estranho, encontrou-se apenas uma publicação com pacientes idosos com problemas cognitivos.

Outra pesquisa identificada foi com idoso demenciado que relatava mutilação do olho pelo próprio paciente, após cirurgia de catarata, além de outras cinco publicações sobre acidentes diversos, incluindo os domésticos, englobando, porém,

todas as faixas etárias, dentre elas algumas que faziam referência a idosos com deficiência cognitiva.

Vale destacar que, tanto na literatura nacional quanto internacional, não foram identificadas publicações sobre acidentes domésticos com idosos demenciados. Os artigos identificados, apesar de restritos, quando abordavam a temática, enfocavam um tipo de acidente e associavam como suas causas as condições clínicas do paciente, entre as quais o declínio cognitivo.

2.2.1 Quedas

Queda é um tipo de acidente doméstico que ocorre freqüentemente entre os idosos, principalmente sob a influência de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Pode ser definida como um evento não esperado, no qual a pessoa muda de posição para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial, podendo ser esse nível da própria altura da pessoa, ser uma escada ou mobília (MOURA et al., 1999; BRITO; COSTA, 2001; SAVAGE; MATHEIS-KRAFT, 2001).

A incidência de queda é aumentada nos pacientes com diagnóstico de demência e elas representam a principal causa de morte acidental nos grupos de idosos. No entanto, estima-se que cerca de um terço dos idosos que vivem em casa, e metade dos que estão institucionalizados sofrem pelo menos uma queda por ano (CANTERA; DOMINGO, 1996; CLEMSON; CUMMING; ROLAND, 1996; TROMP et al., 2001). Cesari et al. (2002), que realizaram estudos com a população idosa admitidos nos programas *Home Care* da Itália, concluíram que aproximadamente 35 a 40% dos idosos que moram na comunidade caem a cada ano, taxas que aumentam na faixa etária acima de 75 anos de idade.

Para enfatizar a importância do problema, cabe mencionar que, dentre os indivíduos que sofrem queda, de 5 a 25% podem apresentar lesões relevantes e, dos que requerem internação hospitalar após a queda, apenas 50% sobrevivem um ano após o evento (CANTERA; DOMINGO, 1996). Nos Estados Unidos, 6% de todos os gastos médicos com a população idosa são com lesões decorrentes de quedas (CESARI et al., 2002), enquanto que no Brasil ainda não foi realizado estudo sobre gastos financeiros relacionados a esse fator.

Entretanto, para Tromp et al. (2001), em Amsterdam, Holanda, cerca de 40% de todas as lesões sérias resultantes de quedas em idosos têm como consequência a internação hospitalar e, após a hospitalização, de 30 a 40% dos pacientes são transferidos para residências de enfermagem, tipo *nursing home*.

Estudo realizado no Reino Unido por Shaw e Kenny (1998) revela que, em se tratando de pacientes com demência, a incidência anual de quedas é de 40 a 60%, equivalente a duas vezes a taxa da população idosa cognitivamente normal. Esses autores mencionam, ainda, que pacientes com demência que sofreram quedas têm lesões mais graves e um prognóstico *reservado* em relação aos idosos sem a presença da doença, tendo os primeiros uma recuperação menos satisfatória e cinco vezes mais chances de serem institucionalizados. Em seis meses após a fratura do colo de fêmur, os idosos demenciados apresentaram 71% de mortalidade, mais do que três vezes o número evidenciado em idosos sem déficit cognitivo.

No Brasil, a incidência de quedas em idosos não difere das estatísticas internacionais, tanto em número de vezes de quedas/ano/idoso como em relação à taxa de sobreviventes, após internação hospitalar. Para Rocha e Cunha (1994), a incidência de quedas em casa é de uma/ano em indivíduos acima de 75 anos, sendo que dois terços dessas quedas resultaram em alguma lesão física. No ano

subseqüente à queda, esses pacientes apresentaram um maior número de mortes em relação aos que não caíram. Dos pacientes hospitalizados por quedas, apenas 50% encontravam-se vivos no ano seguinte, o que mostra o efeito devastador das quedas na vida dos idosos. Esses dados são reforçados por Moura et al. (1999), quando afirmam que, mais de dois terços dos idosos que caem, terão nos seis meses seguintes uma nova queda, e que 15 a 20% daqueles que necessitaram de hospitalização faleceram no primeiro ano.

Carvalho e Coutinho (2002), estudando o paciente demenciado relacionado à queda nos hospitais do Rio de Janeiro, constataram que, dos idosos com demência, 78% acidentaram-se em casa, contra 55% daqueles sem a doença. As altas taxas de quedas e morbidades, que afetam a qualidade de vida das pessoas, das famílias e da sociedade resultam em implicações na área da saúde pública, além do insidioso número de mortes.

No que diz respeito a trabalhos internacionais publicados sobre pacientes idosos com comprometimento cognitivo e quedas, alguns deles destacar-se-ão a seguir.

Myers; Young; Langlois (1996) realizaram um levantamento bibliográfico sobre o papel da atividade física na prevenção de quedas e na prevenção da fratura de quadril. As atividades físicas relatadas como risco para quedas em idosos foram problemas de mobilidade e dependência nas atividades da vida diária, dificuldade em andar e equilíbrio, deficiência neuromuscular e musculoesquelética, geralmente presentes na vida do idoso. A redução das atividades pode ser o resultado dessas limitações, conduzindo a futuros declínios das funções físicas, aumentando, assim, o risco de quedas. Além disso, o alto nível de atividades físicas em idosos é também associado ao risco de quedas. Outros fatores para ocorrência de quedas são as

deficiências cognitivas, déficit visual e uso de medicações, combinados com as atividades físicas que, praticadas pelos idosos residentes na comunidade, preveniam as novas incapacidades, reduzindo o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas.

Aharonoff et al. (1998) pesquisaram quais situações adjacentes levavam o idoso a fraturar o quadril, dando ênfase especial à identificação da estação do ano, horário, local da queda e outras circunstâncias em que ocorreu a fratura. Os pacientes estudados tinham 65 anos ou mais, deambulavam, não tinham déficit cognitivo e moravam em suas próprias casas ou apartamentos, antes de fraturarem o quadril. Os resultados mostraram que a maioria das fraturas ocorreu em casa, em pacientes mais velhos, menos saudáveis e com dificuldade de deambular. As quedas resultaram em fratura em mais de 75% dos casos, quando o paciente estava sentando ou caminhando, sendo o horário mais freqüente o da primeira hora da tarde, não observando os autores uma variação de incidência sazonal.

Tromp et al. (2001) realizaram um estudo prospectivo sobre o prognóstico de quedas em idosos residentes na comunidade, seguindo 1285 idosos holandeses com 65 anos ou mais, durante um ano, para verificar a ocorrência de quedas, fazendo registros das suas condições físicas, cognitivas, emocionais e sociais precedentes à queda. Como fatores anteriores a esta, identificaram fortes prognósticos de risco para a ocorrência de alguma queda ou queda recorrente: deficiência visual, incontinência urinária e o uso de benzodiazepínicos. O resultado do estudo mostrou que, em idosos residentes na comunidade, as novas quedas podem ser previstas em quatro situações: quando existem quedas prévias, deficiência visual, limitação funcional e incontinência urinária.

O número de estudos abordando pacientes demenciados e quedas ainda é incipiente na literatura internacional e nacional. Possivelmente, as dificuldades encontradas pelos serviços para fazer o diagnóstico de demência na população idosa podem estar impedindo os pesquisadores de realizar esse tipo de estudo. A maior dificuldade talvez seja avaliar o estado clínico, incluindo atividades da vida diária, neurológica, aspectos visuais e auditivos, bem como a confiabilidade do relato de queda.

Os pesquisadores que abordam essa temática consideram a demência um importante fator de risco e observam que as quedas em pessoas idosas demenciadas estão associadas ao aumento das taxas de institucionalização.

Shaw e Kenny (1998) iniciam seu artigo indagando se as quedas em pacientes com demência podem ser prevenidas. Com o envelhecimento demográfico, o problema das quedas em pacientes demenciados não pode ser ignorado. Para esses autores, a incidência anual de quedas em idosos com demência foi de 40-60%, duas vezes mais do que nos idosos cognitivamente normais. Referem também que a instabilidade é inerente ao corpo humano e que mecanismos regulatórios complexos são requeridos para manter a posição vertebral e prevenir quedas. No entanto, esses mecanismos começam a enfraquecer com o envelhecimento normal, manifestado por anormalidades no modo de andar e no equilíbrio, dificuldades que se acentuam mais em pacientes com demências, provavelmente pela degeneração neuroquímica e estrutural causadas pela doença. Em pacientes idosos, cognitivamente normais, tratar a deficiência do andar, do equilíbrio e de problemas cardiovasculares, limitar o uso de medicamentos e verificar os perigos do meio ambiente são estratégias capazes de diminuir o risco de quedas. Mas esses problemas são mais graves em pacientes com o diagnóstico de

demência, pois um quarto deles sofre fraturas e, ao mesmo tempo, apresentam prognóstico mais grave em relação aos outros idosos sem a doença, que tiveram quedas. Os pacientes com demência têm menos probabilidade de ter uma recuperação satisfatória de sua lesão, assim como têm cinco vezes mais chances de serem institucionalizados.

No Brasil, os trabalhos publicados sobre queda ainda são incipientes, porém, já existem pesquisadores preocupados com este importante agravo para a saúde do idoso.

Rocha e Cunha (1994) abordaram os aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. As quedas causam repercussões psicológicas, como medo de cair, perda da auto-estima e imobilidade autoprotetora, podendo iniciar uma fase de vida altamente dependente. Na abordagem da temática, os autores apontaram como uma das causas de quedas a própria demência, pelas suas limitações cognitivas, que acarretam diminuição da capacidade de apreensão do ambiente, a apraxia relacionada à marcha, à perda gradual da força muscular e da capacidade de deambular. Esse texto trata do ambiente como causa de queda e enfoca principalmente a familiaridade ou não do idoso com o ambiente, o que pode gerar no idoso ansiedade, depressão, conflitos e sobrecarga familiar. O enfermeiro, além de avaliar o paciente, precisa estar atento aos perigos ambientais existentes no local onde o idoso vive.

Rodrigues (1993) identificou o processo de senescência e senilidade, ambiente físico e psicossocial como causas de quedas entre idosos. A maioria das quedas dos idosos desse estudo ocorreu no ambiente da cozinha, com tarefas domésticas ou caminhando no pátio. A autora enfatiza a necessidade de

conscientizar a sociedade sobre a segurança do idoso no ambiente domiciliar, porém, não faz referência a idoso com demência.

Perracini e Ramos (2002) estudaram os fatores associados à queda em idosos residentes na comunidade. Cerca de 30% dos idosos referiram ter caído no ano anterior; desses, 11% afirmaram ter sofrido duas ou mais quedas. As variáveis presentes que aumentaram a chance de queda, de forma independente e significativa, foram: ser mulher, ter história prévia de fratura, ter dificuldade na execução das atividades físicas e referir visão ruim ou péssima. Esses fatores de risco para quedas podem ser diminuídos por meio de ações preventivas de abordagem multidimensional de uma equipe especializada e integrada.

No Brasil, uma das poucas pesquisas que abordam as demências e quedas foi realizada por Carvalho e Coutinho (2002), proveniente de dissertação de Mestrado. Essa pesquisa, do tipo caso-controle, visou estimar a associação entre demência, ocorrência de quedas e fraturas nos idosos, numa população de 404 indivíduos entrevistados em hospitais do Rio de Janeiro. Os autores encontraram que, dentre os idosos com demência, 78% acidentaram-se em casa. Gratão et al. (2003) realizaram em Ribeirão Preto, São Paulo, estudo sobre a ocorrência de quedas em 64 idosos demenciados, identificando maior porcentagem de quedas nos do sexo feminino, com idade média de 74,8 anos. No mesmo estudo, constataram quedas em 31 idosos, sendo 19 (61,2%) do sexo feminino e 12 (38,8%) do masculino. As conseqüências decorrentes da queda foram consideradas: graves, em 7 (10,9%), que apresentaram ferimentos e fratura; moderadas, em 4 (6,2%), isto é, tiveram ferimentos que necessitaram de sutura; leves, em 8 (12,5%), que revelaram pequenos ferimentos; e 12 (18,8%) não apresentaram conseqüências. Ainda, de acordo com o diagnóstico médico, desses idosos que sofreram quedas, 17 (54,8%)

possuíam déficit cognitivo grave, 5 (16,2%) moderado, 9 (29%) leve, e 8 (12,5%) dos idosos não informaram a respeito.

A frequência com que os pacientes com demência sofrem quedas, juntamente com a necessidade de cuidados que decorrem destes eventos podem deixar os enfermeiros, familiares e cuidadores frustrados porque, na maioria das vezes, as intervenções preventivas de quedas não foram efetivas para preveni-las.

Após a revisão de literatura sobre pacientes idosos e/ou demenciados com quedas, ficou evidente que é imprescindível que se conheçam as causas ou outros acidentes que possam ocorrer com esses pacientes, a fim de preveni-los.

2.2.2 Aspiração de alimentos e corpo estranho

Aspiração de alimentos para o pulmão é outro tipo de acidente que pode ocorrer com os pacientes demenciados, tendo sido identificados apenas dois artigos sobre isto.

Miyasaka et al. (1996) acompanharam um paciente que começou com a doença de Parkinson, desenvolvendo um tipo de demência que foi com o passar do tempo agravando o quadro clínico. Aos 78 anos de idade, o idoso foi encontrado na cama, por morte súbita. Após a necropsia, os dados revelaram como causa da morte a obstrução da traquéia por alimentos. Os pacientes demenciados apresentam dificuldades de deglutição, portanto, estão mais propensos às aspirações de alimentos.

Em outro texto, Matsuse et al. (1996) revisaram 4.880 autópsias para conhecer as características da bronquiolite de aspiração difusa, causada por aspirações decorrentes de partículas estranhas, encontrando 31 autópsias (0,64%)

com bronquiolite de aspiração difusa, tendo a informação clínica avaliado somente 23 das 31 autópsias que apresentaram esse diagnóstico. A idade média desses pacientes era de 81,2 anos, os quais foram comparados a 40 pacientes selecionados aleatoriamente, também nas autópsias, que foram a óbito com pneumonia aspirativa, com idade média de 81,9 anos. Comparando as duas doenças, verificaram que ambas começaram com episódios de aspiração ou vômito, em 52% dos pacientes. Em relação ao início agudo, os pacientes com pneumonia aspirativa somaram 32,5% e os de bronquiolite de aspiração difusa, 8,7%. Os autores verificaram que, dentre as doenças preexistentes, em ambas as situações, a demência estava presente nos pacientes com bronquiolite de aspiração difusa e nos de pneumonia aspirativa em 47,8% e 57,5%, respectivamente.

Em pacientes com diagnóstico de bronquiolite de aspiração difusa, observaram que dois terços estavam acamados e a metade tinha disfagia orofaríngea. No caso da pneumonia aspirativa, 80% dos pacientes estavam acamados e a metade deles também apresentava disfagia orofaríngea. Em 50% dos pacientes com bronquiolite de aspiração difusa, a pequena quantidade de material aspirado estava oculta e o diagnóstico foi feito histologicamente na autópsia, cujos achados registraram localização de inflamação crônica da parede com reação ao corpo estranho dentro dos bronquíolos.

Nos dois tipos de diagnóstico, os pacientes eram idosos com idade média de 81 anos e a maioria deles tinha como doença preexistente a demência, estavam acamados e apresentavam disfagia orofaríngea. Portanto, idoso com diagnóstico de demência é um paciente propenso a apresentar aspiração de alimentos.

Os episódios de aspiração não-reconhecidos e os de aspiração de pequenas quantidades são freqüentes em idosos. Portanto, os autores acima recomendam

avaliação da deglutição e exame das suas funções para distinguir a bronquiolite de aspiração difusa de outras doenças pulmonares, assim como a avaliação do grau de disfunção da deglutição, consistência adequada do alimento e a postura apropriada do idoso para deglutir. Como possíveis intervenções terapêuticas, consideram importantes a reabilitação de deglutição, a higiene oral e/ou a alimentação enteral em grupos de pacientes afetados, para prevenir bronquiolite de aspiração difusa.

Oghalai (2002) destaca o caso de um paciente com 75 anos, do sexo masculino, que morava em um *nursing home* e que foi levado para o setor de emergência com três dias de história de febre, tosse e escarro. Relata que o idoso com diagnóstico de doença de Alzheimer severa era incapaz de se comunicar e se alimentava por sonda de gastrostomia há vários anos. O exame físico acusou abundante secreção oral, halitose severa e precária dentição, tendo a radiografia de tórax revelado uma aspiração de prótese dentária parcial alojada no esôfago. O paciente foi levado direto à sala de cirurgia para laringoscopia, broncoscopia e esofagoscopia para retirada da prótese. A grande quantidade de material purulento existente no local do corpo estranho foi drenada através da perfuração para dentro do esôfago.

Refere ainda que a prótese dentária possuía quatro dentes, que era fixada em duas raízes de dentes restantes, as quais foram corroídas por cáries severas, o que permitiu sua aspiração. Neste paciente, a aspiração da prótese foi secundária, no entanto as cáries dentárias causaram mediastinite e morte. Provavelmente a prótese fora aspirada há várias semanas, anteriormente ao quadro agudo, e como o paciente recebia alimentação pela gastrostomia, os sintomas só foram identificados após a perfuração do esôfago, mostrando que o cuidado ao paciente não estava de acordo com suas necessidades.

No Brasil, Bilton (2000) fez um estudo da dinâmica de deglutição e das suas variações associadas ao envelhecimento, avaliadas por videodeglutoesofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos. Na observação através da imagem, a autora identificou diminuição do volume dos músculos dos lábios, da língua, reabsorção dos alvéolos dentários, diminuição da tonicidade do palato mole, mudança na conformação da epiglote (menor e mais angulosa), no grupo com mais de 65 anos, mas não houve alteração no aspecto funcional. Em idosos saudáveis, as mudanças físicas quase não interferem nos padrões alimentares do cotidiano, pois essas mudanças são graduais e o idoso facilmente pode ajustar-se a elas. A autora faz um alerta para os profissionais que atuam na área da Gerontologia, em relação aos idosos fragilizados, em que as condições físicas e a redução nas funções cognitivas podem interagir com as mudanças do envelhecimento. Em virtude dessa interação, o idoso fragilizado pode não conseguir fazer as adaptações necessárias quando comparado ao idoso saudável.

2.2.3 Queimaduras

Excluindo as mortes por complicações de procedimentos cirúrgicos, as mortes por queimaduras são a quarta causa de morte acidental entre idosos, principalmente naqueles acima de 75 anos de idade. Cerca de 90% delas ocorrem no domicílio, sendo as chamas de fogo responsáveis pela maior parte das queimaduras e os líquidos ferventes, por 20% (VERNON, 2001). As taxas de queimaduras para o sexo masculino tendem a decrescer com a idade, permanecendo, porém, relativamente constantes nas mulheres. Nota-se que a taxa de mortalidade cresce com o aumento da idade, mesmo com os avanços dos recursos da medicina para sobrevivência do

idoso queimado, sendo que boa parte das queimaduras por chamas inicia-se com o fogo nas vestes, durante o ato de cozinhar.

Harper e Dickson (1995) realizaram uma análise retrospectiva de 45 meses em idosos com 75 anos ou mais, admitidos com queimaduras em uma Unidade de Queimados no País de Gales, Reino Unido. Selecionaram os pacientes que recebiam assistência domiciliar e os que moravam em residências de enfermagem. Setenta pacientes foram admitidos na unidade, nesse período, e destes, 13 participaram da amostra, sendo oito mulheres e cinco homens, com idade média de 84 anos. Dez pacientes apresentaram algum tipo de demência e três destes caíram contra radiadores¹. Além de sofrerem queimaduras, ainda apresentaram fratura do colo de fêmur, estando somente um paciente em condições de fornecer parte da história de seu acidente. Quanto aos demais, os cuidadores-supervisores forneceram as informações.

Durante a noite, dois idosos, ao entrarem e saírem da cama apoiaram-se no radiador, queimando os dedos e mão. Seis idosos tiveram queimaduras por água fervente, dos quais, três entraram com as vestes no banho de água fervendo e dois deles necessitaram reanimação cardíaca. Os outros três apresentaram queimaduras por garrafa de água quente e água derramada da caldeira.

No que diz respeito aos três idosos não-demenciados, um era paraplégico, surdo-mudo, que sofreu queimaduras por chamas em 80% do corpo; outro era diabético, queimando-se em contato com radiador e o último era portador de doença crônica pulmonar, tendo sofrido queimadura por descarga atmosférica.

O tempo de exposição com o agente causador da queimadura não foi conhecido, pois os pacientes encontravam-se sós no momento do acidente. Dos dez

¹ Radiador – aparelho com água quente usado para aquecer ambientes, aquecedor.

pacientes demenciados, quatro foram a óbito, com a extensão corporal das queimaduras variando de 1% a 38%.

Nas regiões de clima frio, que utilizam sistema de *boiler*² no interior das residências e instituições, é necessária uma legislação com supervisão mais eficiente no controle da temperatura da água distribuída nas torneiras, pois a temperatura da água na caldeira chega até a 85°C; para diminuir o risco de infecção e transmissão de doenças. Harper e Dickson (1995) sugerem a criação de dispositivos antiescaldantes e válvulas misturadoras de água até esta chegar à temperatura ideal a ser distribuída, tudo controlado por termômetro de cristal líquido, para prevenir as queimaduras.

Huyer e Corkiun (1997) apontaram a orientação médica como estratégia para reduzir a incidência das queimaduras produzidas pela água escaldante das torneiras em Toronto, Canadá. Para as autoras, essa é uma ação que envolve vários profissionais e a família, os quais, juntamente com os veículos de comunicação, procurarão meios para reduzir essa incidência. A água escaldante é uma das causas mais comuns de queimaduras em crianças e pessoas com problemas cognitivos, pois, mesmo pequenas exposições, podem resultar em sérias queimaduras. Estes autores acreditam que os médicos estão numa posição que favorece a disseminação de informações, para a população por eles atendida, sobre os riscos e perigos da torneira com água quente. Além dos médicos, todas as pessoas que têm credibilidade como fontes de informação de saúde para a população devem fornecer orientações sobre os perigos do uso da água muito quente nas torneiras e chuveiros.

² Boiler: tanque/recipiente de metal utilizado para armazenar água quente distribuída nos radiadores, torneiras, chuveiros e banheiras da residência.

Stone; Ahmed; Evans (2000) pesquisaram, no Reino Unido, o contínuo risco doméstico da água quente escaldante para os idosos, depois de constatarem que muitos destes eram atendidos nos serviços de saúde com queimaduras por água quente distribuída nas torneiras das residências. A água quente canalizada precisa ser armazenada nos *boilers* em uma temperatura de 60°C para evitar a contaminação por *Pneumophila legionella* e a transmissão de doenças. Porém, sua distribuição nas torneiras deve ser entre 43 a 50°C, para evitar queimaduras. O objetivo do estudo citado foi conhecer e regular a temperatura da água distribuída nas residências em que o idoso morava só, porém supervisionado pelo serviço de enfermagem. Selecionaram vinte e cinco residências de idosos que moravam desacompanhados e que precisavam de auxílios regulares do serviço de enfermagem. Na casa desses idosos, a temperatura da água distribuída nas torneiras e banheiro foi medida com termômetro de mercúrio elétrico, dois minutos após a abertura da torneira. Os resultados foram preocupantes, pois encontraram água nas temperaturas de 45,4°C a 74,8°C nas torneiras e no banheiro e idosos com queimaduras nas mãos. As casas não possuíam um dispositivo automático de segurança para manter a água misturada na temperatura recomendada e também não existiam avisos de advertência acima das torneiras, informando sobre o risco de queimadura pela água quente. Os autores observaram, nessa região, número deficiente de profissionais de enfermagem para auxiliar os idosos nas atividades do banho, cozinha, lavagem, e outras em que são usadas águas quentes.

Nesses países, reivindicações estão sendo feitas aos órgãos governamentais para exigir que as novas construções tenham sistemas de segurança automática no controle da temperatura da água distribuída nas torneiras das residências.

Cerovac e Roberts (2000) fizeram um estudo retrospectivo de oito anos com pacientes admitidos num Hospital de Aylesbury do Reino Unido, que sofreram queimaduras por água quente ao tomarem banho no chuveiro ou banheira. O estudo incluiu todas as idades, mas o destaque aqui será para os dados encontrados entre pessoas idosas. Os resultados foram classificados em dois grupos etários: em crianças (até 16 anos) e em adultos (17 até 88 anos). Na idade adulta a grande maioria dos acidentes com água quente ocorreu em pessoas entre 60 e 88 anos, tendo como idade média 76 anos. Foi na faixa dos 70 anos que houve o maior número de queimaduras e as áreas mais atingidas nos idosos incapacitados foram, em primeiro lugar, as mãos, seguidas pelas costas e nádegas, pés, coxa e parte inferior das pernas. A maior frequência de queimaduras nas mãos está relacionada ao ato de abrir e fechar a torneira de água quente.

Em relação à profundidade das queimaduras, elas foram de 1º e 2º graus em 45% dos adultos; de 2º grau, em 40% deles; de 3º grau, em 10%; e queimadura superficial, ou de 1º grau, em 5%, sendo que a maioria dos adultos que sofreu queimaduras tinha entre 60 e 88 anos.

Os autores relataram que todas as pessoas que vivem em *nursing homes* e condomínios controlados por administradores, que sofreram queimaduras, eram portadoras de alguma incapacidade, como doença de Alzheimer, outras demências, retardo mental, cegueira, distrofia muscular e epilepsia. Alguns ainda tinham outras doenças prévias, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, estando em tratamento com medicamentos.

As queimaduras ocorreram em 33% dos adultos devido ao dispositivo de abrir e fechar a torneira ser inadequado para água quente; 22% das pessoas adultas queimadas caíram dentro da banheira e 11% tiveram quadro de epilepsia: Quanto

ao restante, não se conhecia a história da causa de queimaduras. Esta amostra também englobou adultos e idosos que moravam em suas próprias casas.

Ho; Ying; Chan (2001) fizeram um estudo retrospectivo de seis anos em pacientes com 60 anos ou mais, admitidos em Unidade de Queimados em Hospital de Hong Kong, China. Estudaram 94 idosos, o que significa 8,8% do total admitido na unidade, sendo 44 do sexo masculino e 50 do feminino. A idade média foi de 73,8 anos, tendo 38 pacientes (40%) mais de 75 anos, ocorrendo a maior frequência de queimaduras (23,4%) em idosos com idades entre 65-69,9 anos.

Pacientes idosos são mais susceptíveis a lesões de queimaduras severas devido à atrofia da pele, diminuição da motilidade e mecanismo de proteção deficiente, além do que, freqüentemente, têm problemas de saúde preexistentes e são propensos a desenvolver várias complicações após sofrerem queimaduras.

Wibbenmeyer et al. (2001) fizeram um estudo retrospectivo, entre os anos 1977 e 1996, com pacientes admitidos em um centro de tratamento para queimados nos Estados Unidos, com o objetivo de determinar um instrumento para prever a sobrevivência de idosos que sofriam queimaduras. Constataram que 11,1% deles tinham mais de 60 anos, com idade média de 71,5 anos e, na sua grande maioria, tinham sofrido queimaduras por chamas (68,4%), seguidas pelas queimaduras escaldantes (15%), e os demais foram queimados pelo contato direto com gelo, descarga atmosférica, produtos químicos e eletricidade. As queimaduras por chamas, em idosos, ocorreram (41,4%) no ambiente doméstico, o mesmo acontecendo com as escaldantes (87,2%). A superfície corporal média de queimadura foi de 13%, com uma taxa de mortalidade de 30,2% dentro do hospital.

Quanto a acidentes domésticos por queimaduras em pacientes demenciados, foi encontrada apenas uma publicação no Reino Unido, de Colville e Berry (2000),

que relataram um caso de idoso demenciado caído sobre o radiador. Este idoso, do sexo masculino, tinha diagnóstico de demência, 92 anos e morava na sua residência, onde recebia auxílio no cuidado da vida diária. Ele foi encontrado caído sobre o radiador de 60°C de temperatura, pela manhã, por funcionários que lhe prestavam assistência. No exame físico, apresentava queimadura de 3º grau no antebraço e parte do tórax. Não pode-se determinar o tempo que ficara caído sobre o radiador. O antebraço esquerdo e a mão estavam pálidos, frios e sem pulso, não tendo sido possível avaliá-lo neurologicamente, uma vez que o paciente era incapaz de cooperar com o exame físico.

A gravidade da lesão pela queimadura levou os médicos a fazer a amputação do braço. De acordo com os autores, lesões dessa gravidade podem ocorrer com pacientes demenciados, porque eles são incapazes de tomar consciência do perigo e de reagirem. Cuidadores de pacientes demenciados precisam estar mais atentos ao risco potencial para acidentes a que estes estão expostos, à gravidade das conseqüências, e sempre alertas para prevenção.

No Brasil, ainda não foram encontradas publicações sobre acidentes domésticos com queimaduras em pacientes com o diagnóstico de demência. Entretanto, estudo De-Souza et al. (2002), sobre retrospectiva de pacientes queimados e vítimas de outras formas de traumas, foi realizado com pacientes do HCFMRP-USP e de cidades vizinhas, atendidos por este hospital. Os dados mostraram 921 pacientes com queimaduras e outros 60.344 com formas diversas de traumas, hospitalizados no período de 1991 a 1997. As queimaduras correspondiam a 1,5% do total dos acidentes, uma baixa porcentagem, mas os acidentes atingiam todas as idades, exigindo, assim, tratamento altamente especializado, prolongado, altos custos, além do que o paciente sente dores, além das perdas sociais, estéticas

e econômicas, entre outras. O risco de o paciente queimado morrer está associado a fatores como: a gravidade das lesões da queimadura, área de superfície corporal queimada, grau de queimadura, agente causador, fumaça inalada e, ainda, as condições do paciente, idade, doenças preexistentes, estado nutricional e tratamento recebido.

O sexo masculino apresentou duas vezes mais acidentes quando comparado ao feminino. Entre os idosos, a faixa de 60 a 69 anos para ambos os sexos foi a que registrou maior número de acidentes com queimaduras, representando os idosos 4,64% de todos os queimados. A mortalidade foi de 8,4% por queimados de ambos os sexos e de todas as idades, com taxa de 6,4% para os homens e 12,2% para as mulheres, ocorrendo esta diferença devido à maior tentativa de suicídios das mulheres, utilizando álcool e fogo no corpo (DE-SOUZA et al., 2000).

2.2.4 Ferimentos e cortes

No que se refere a ferimentos e cortes em pacientes demenciados, não foi encontrada nenhum artigo na literatura nacional ou internacional. Entretanto, como tal questão emergiu dos dados deste estudo, julgou-se oportuno aqui descrevê-los. Neste item serão citados artigos que abordam os acidentes de modo geral em todas as idades, atingindo também o idoso.

De acordo com Donmez e Gokkoca (2003), os acidentes são os maiores problemas de saúde, liderando as mortes e lesões/traumáticas entre os idosos. Eles estudaram a população idosa da cidade de Antalya, Turquia, num total de 840 indivíduos. Destes, 163 (19,4%) idosos sofreram acidentes no ano de 2000. O total de acidentes foi de 178, assim distribuídos: 124 (69,7%) quedas, 22 (12,4%)

acidentes de trânsito; em 12 (6,7%) caíram objetos na cabeça e 5 (2,8%) cortaram a unha com objetos de madeira.

Os autores não especificaram as lesões que ocorreram em consequência dos acidentes, apenas referindo que todos esses tipos são fontes potenciais de problemas de saúde para os idosos.

Outro estudo realizado na Turquia por Hamzaoglu e Janson (2002) fez uma prospecção de 3 meses com o objetivo de determinar a incidência e causa de acidentes domésticos de 637 famílias militares de Ankara. Os acidentes mais comuns foram, em primeiro lugar, as quedas, seguidos pelos cortes e ferimentos cujos motivos foram o uso inadequado de facas, tesouras e alfinetes.

Esse estudo englobou todas as idades, mas as maiores vítimas foram as crianças. O número de idosos vitimados foi de 24 (3,8%) nos diversos tipos de acidentes. A parte do corpo que mais sofreu acidentes foram os membros superiores (44%), seguida pela cabeça e região do pescoço (30,6%). Portanto, a parte superior do corpo foi a mais atingida, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria das vítimas serem crianças.

Lee e Kim (1997) fizeram um estudo na Sala de Emergências de um Hospital Geral na Coreia do Sul, com 412 pacientes de todas as idades, dos quais 104 (25,2%) tinham 65 anos ou mais. As lesões mais comuns foram, por ordem decrescente: quedas, contusões, lacerações, distensões, dor de cabeça, abrasões, hemorragia intracraniana e queimaduras. As localizações anatômicas das lesões foram: face, pescoço, membros inferiores, membros superiores, tórax, abdômen ou pelve. Esses acidentes estavam associados às condições clínicas do paciente, que eram: hipertensão arterial, AVC, diabetes mellitus, fraturas diversas, demência, artrites e tuberculose. O paciente com demência está sujeito aos acidentes que

envolvem ferimentos cortantes, pois ele perde a capacidade de avaliar o perigo pelo comprometimento cognitivo. Portanto, observa-se neste item uma lacuna a ser investigada.

2.2.5 Intoxicações

Intoxicações causadas pela ingesta accidental de produtos de limpeza à base de óleo de pinho foram relatadas por Welker e Zaloga (1999) e Cording et al. (2000), em estudos realizados nos Estados Unidos. Os relatos envolvem duas mulheres idosas, ambas com demência do tipo Alzheimer, que ingeriram accidentalmente produto doméstico de limpeza que continha óleo de pinho. Uma das pacientes, com 89 anos, foi a óbito na chegada ao hospital e a necrópsia diagnosticou gastrite por erosão aguda e óleo de pinho aspirado dentro do pulmão. A outra paciente, de 88 anos, ingeriu solução de limpeza contendo óleo de pinho, pois uma garrafa do produto fora deixada desatentamente no banheiro por cerca de cinco minutos. A paciente foi encontrada no banheiro com estado mental bem mais confuso do que seu estado usual e apresentava no hálito cheiro de óleo de pinho. A família chamou o serviço de emergência e, na avaliação, quando este chegou à casa, a paciente não respondia mais ao comando de voz e estímulo à dor, encontrando-se com depressão respiratória, necessitando de entubação e ventilação mecânica. A quantidade ingerida foi de aproximadamente 10oz¹ de solução. A paciente melhorou com o tratamento de suporte intensivo, mas desenvolveu pneumonia nosocomial, septicemia, falência múltipla dos órgãos e, em consequência disso, foi a óbito.

¹ Oz: onça, medida de peso inglesa, equivalente a 29,349g.

Nos pacientes com demência, a função cerebral deteriora antes da capacidade física, o que os deixa com alto risco de ingerir substâncias tóxicas. As ingestões de produtos de limpeza contendo óleo de pinho nem sempre são letais, mas ainda representam um importante perigo à saúde.

2.2.6 Ingestão de corpo estranho

Izumisato et al. (1998) relataram dois casos atendidos em um hospital geriátrico de Tóquio por perfuração intestinal, causada pela ingestão acidental da embalagem de alumínio que acondiciona as cápsulas e comprimidos.

No primeiro caso, a paciente era uma senhora de 90 anos, com demência, apresentando sinais e sintomas de peritonite. Submetida à cirurgia, o diagnóstico pós-operatório indicou peritonite difusa, devido à perfuração no reto causada pelos cantos afiados da embalagem ingerida acidentalmente. O segundo caso tinha como paciente uma senhora de 82 anos, com sinais e sintomas recorrentes de obstrução intestinal. Submetida à cirurgia, constatou-se perfuração do íleo, devido à penetração dos cantos afiados da embalagem no intestino, ingerida acidentalmente. Já foram encontradas embalagens de medicação no esôfago de outros pacientes, e removidos endoscopicamente. A progressão desse corpo estranho para o intestino é rara, porém quando ocorre causa sérios problemas ao paciente. Recomenda-se que pessoas idosas e com demência não utilizem essas embalagens para acondicionar medicamentos, mas, caso seja necessário, usar caixas com os cantos arredondados. O paciente demenciado, dependendo da fase da doença, não tem condições para avaliar corretamente os objetos, expondo-se a acidentes que podem

agravar o seu estado de saúde, o que comprova a necessidade de supervisão da família/cuidador e/ou da equipe de enfermagem.

2.2.7 Acidentes e suas consequências

Os acidentes têm como consequência, na maioria das vezes, lesões que vão agravar ainda mais o estado de saúde do paciente, comprometendo não só sua qualidade de vida, mas também a de seus familiares. Consequências, segundo Benson e Lusardi (1995), são aqueles eventos que ocorrem após o acidente. A Figura 1, a seguir, ilustra as possíveis consequências de um acidente doméstico. Como os pacientes demenciados são mais fragilizados, adaptou-se a Figura 1 a essa situação.

Figura 1 - Acidentes e suas possíveis consequências, adaptada de Galal (1999).

Os significados dos termos utilizados na Figura 1: desvantagem, incapacidade e deficiência, estão de acordo com a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), que apresenta a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), contendo três classificações distintas, cada qual relacionada com uma consequência diferente de doença. As **desvantagens**

são aquelas resultantes ou de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limitam ou impedem o cumprimento de um papel que é normal para aquele indivíduo. Elas podem significar a deficiência ou restrição da atividade causada pela incapacidade.

Já as **incapacidades** refletem as conseqüências da deficiência em termos de qualquer restrição ou falta de habilidade para realizar uma atividade de maneira normal ou dentro da amplitude considerada normal para o ser humano. As incapacidades refletem distúrbio da pessoa e podem significar perda ou redução da capacidade funcional.

As **deficiências** dizem respeito à perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica e, em princípio, representam distúrbios dos órgãos, podendo significar perda parcial ou total de um membro (extremidade do corpo) ou ainda seqüelas em membros ou na mecânica do corpo.

Observando as conseqüências possíveis dos acidentes domésticos em pacientes demenciados, nota-se que é preciso criar estratégias para implantação de programas de prevenção de acidentes para esse tipo de paciente, uma vez que eles estão mais expostos aos riscos de se acidentarem do que os outros.

Savage e Matheis-Kraft (2001) fizeram um estudo para saber se a implantação de um programa de prevenção de quedas iria diminuí-las, entre os idosos. Os resultados mostraram que a avaliação atenta dos fatores de risco e a avaliação clínica do paciente com intervenções individualizadas, realizadas pelos enfermeiros, fizeram a diferença na promoção da saúde do idoso. O idoso que apresenta queda ou outro tipo de acidente está sujeito a fraturas, lesões, queimaduras, entre outros. Isto pode causar mais prejuízos individuais, familiares, sociais e econômicos, como aumento de dependência nas atividades da vida diária e maior investimento no cuidado por parte da família e da sociedade. Portanto,

investir em prevenção de acidentes pode fazer a diferença tanto na vida do idoso com demência como na de seus familiares.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e seccional, para identificação dos fatores de risco de acidentes domésticos a que estão sujeitos os idosos com diagnóstico de demência.

3.2 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

O estudo foi desenvolvido em idosos com diagnóstico de demência residentes na zona urbana de Ribeirão Preto-SP, atendidos no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2002, no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram considerados idosos os pacientes com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. O ANCP atendeu nesses dois anos em consultas 311 casos novos, 26 consultas de triagem e 824 consultas de retorno. Somando os três tipos de consultas foram 1161 atendimentos. Os dados são do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HCFMRP-USP.

O hospital é centro de referência para uma macro-região, além de distribuir medicação de alto custo fornecida pelo governo aos pacientes com a doença tipo Alzheimer. Mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como função prestar serviços de complexidade terciária à população, servindo de campo de ensino, pesquisa e assistência.

De acordo com o censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população urbana de Ribeirão Preto era de 504.923 habitantes e destes, 51.025 eram idosos. Na Tabela 3 está discriminada a distribuição do número de idosos residentes na zona urbana por faixa etária.

Tabela 3 - Distribuição da população idosa residente na zona urbana de Ribeirão Preto, SP, segundo a faixa etária (anos completos), no ano 2000

Faixa Etária (anos)	População (nº de idosos)
60-64	15.762
65-69	12.675
70-74	9.984
75-79	6.209
80ou mais	6.395
TOTAL	51.025

Fonte: Censo - IBGE (2000), Ribeirão Preto, SP

Levando-se em consideração os dados populacionais gerados pelo Censo-IBGE (2000), observa-se que 10,1% da população urbana de Ribeirão Preto tem 60 anos ou mais de idade, o qual configura uma porcentagem maior que a média nacional, que é de 8,6% e, conseqüentemente, pode-se esperar aí um aumento futuro das doenças crônicas e degenerativas, como as demências.

3.2.1 População efetivamente estudada

Os participantes desta pesquisa, conforme referido anteriormente, foram identificados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HCFMRP. No levantamento realizado, foram identificados 154 idosos com demência.

No período de junho a outubro de 2003, foram analisados os prontuários desses pacientes mediante agendamento. Nesse momento, foram feitas a leitura e

anotações no "instrumento de avaliação" próprio para essa etapa sobre a história clínica, diagnósticos, resultados de exames, dados de identificação, data do caso novo e último atendimento no ANCP, endereço e telefone do paciente (APÊNDICE A).

Os endereços que tinham mais de 12 meses da sua última atualização foram submetidos ao Serviço de Registro do hospital, local de atualização dos mesmos pelo paciente ou familiar, para anotação do provável novo endereço, visto que é comum a alteração de endereços, principalmente de idosos.

Após o preenchimento dos instrumentos de avaliação estes foram organizados por bairros e ruas para facilitar e agilizar a coleta de dados dos 154 idosos. Dentre estes, houve perda de 44 idosos em decorrência de óbitos, mudança de endereço e recusas. Portanto, participaram efetivamente deste estudo 110 idosos, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da população idosa efetivamente estudada, atendida no ANCP, nos anos de 2001 e 2002, listada no SAME do HCFMRP – Ribeirão Preto, SP.

Os óbitos e as mudanças de endereços foram notificados ao entrevistador no momento do agendamento da visita ou na própria visita ao domicílio.

As recusas foram devidas a alguns problemas como hospitalização do cuidador ou do idoso, fase de ‘muita agitação’ do idoso ou ainda sem motivo específico.

Antes de realizar o inquérito domiciliar, o entrevistador agendava a visita por telefone, esclarecendo ao idoso e/ou familiar os objetivos da pesquisa. Dos

telefonemas não atendidos, novas tentativas em número de três ou mais eram feitas em dias e horários diferentes, durante todo o período da coleta, ou até se obter alguma informação sobre o idoso. No insucesso do contato telefônico, o entrevistador dirigia-se ao endereço constante no instrumento. Os idosos que tiveram mudança de endereço, de alguma forma foram localizados, sendo entrevistados aqueles que consentiram e que moravam na zona urbana de Ribeirão Preto. A coleta de dados por entrevista no domicílio foi efetuada de 12 de dezembro de 2003 a 23 de março de 2004.

3.3 ENTREVISTADORES

O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado por uma equipe de cinco entrevistadores, composta pela própria pesquisadora, três bolsistas e uma mestranda, sob a coordenação do orientador da pesquisa. Ainda foram incorporados a essa equipe dois bolsistas de apoio técnico para compor o trabalho de digitação dos dados. A codificação das informações foi feita pelos entrevistadores com supervisão de um especialista.

A equipe passou por um treinamento, com o objetivo de padronizar as entrevistas, o qual foi iniciado no segundo semestre de 2003. Os encontros foram semanais para leitura e discussão de textos que fundamentaram a temática e sua importância nos dias atuais, procedendo-se do mesmo modo para os instrumentos utilizados no inquérito domiciliar.

Após esse treinamento de capacitação deu-se início ao teste piloto em que os entrevistadores deslocavam-se em duplas para as entrevistas agendadas. O teste piloto (n=20 idosos) foi realizado com a finalidade de estimar o tempo gasto por

entrevista, qualidade e condução da mesma, bem como verificar as dificuldades encontradas pelos entrevistadores. Passada essa etapa, cada entrevistador foi considerado apto à coleta de dados.

Os entrevistadores visitavam as residências munidas de crachás de identificação, avental branco, material necessários à entrevista, instrumentos de coleta de dados, folha em branco, caneta, relógio, escala do MEEM, termo de consentimento, mapa dos bairros da cidade, endereço, telefone do domicílio e o instrumento de avaliação, preenchido previamente a partir do prontuário, que continha informações sobre o idoso a ser visitado.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado e pré-codificado, tendo poucas questões abertas. À medida que os entrevistadores devolviam os questionários preenchidos, os mesmos eram contabilizados, codificados e passavam por uma crítica de preenchimento e consistência inicial. Aqueles nos quais eram detectados problemas eram discutidos com os entrevistadores para esclarecimento. Após essa revisão, o questionário era digitado. Durante todo o período de coleta de dados foram feitas reuniões periódicas e supervisão contínua do trabalho de campo, com o intuito de esclarecer dúvidas quanto ao adequado preenchimento do instrumento, bem como avaliar o andamento da atividade de campo.

3.4 COLETA DE DADOS

As fontes de dados foram os prontuários dos pacientes e os inquéritos realizados com os cuidadores e idosos no domicílio.

Elaborou-se um Termo Referente ao Contato Telefônico Prévio para Permissão de Visita Domiciliar (APÊNDICE B). No contato telefônico, o entrevistador identificava-se pelo nome, esclarecendo sobre a instituição a que pertencia e os objetivos da pesquisa, em linguagem clara e concisa. Após os esclarecimentos e a aceitação de participar, era agendada a visita, tendo o agendamento sempre o consentimento de um familiar, independentemente do idoso.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

A - Older Americans Resources and Services (OARS) - elaborado pela Duke University (1978), é um instrumento multidimensional para avaliar o estado funcional do idoso. Foi adaptado e validado para a realidade brasileira por Ramos (1987), empregando-se neste estudo parte do instrumento OARS utilizado por Rodrigues (1997).

O instrumento utilizado é composto por dois itens (ANEXO A), a saber:

- 1 - Identificação: sexo, idade, cor, estado civil, tempo e local de residência;
- 2 - Perfil social do idoso: nível de escolaridade, situação sócio-econômica, atividade profissional atual e anterior.

B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM) - elaborado por Folstein; Folstein; McHugh (1975), nos Estados Unidos. No Brasil, foi traduzido e validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003) para uniformização dos resultados no país. O MEEM é um teste de avaliação cognitiva que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco em desenvolver a síndrome de demência, como é o caso dos idosos. Esse instrumento é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos),

evocação, lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo de zero (0) até um total máximo de trinta (30) pontos (ANEXO B).

A interpretação dos resultados do MEEM foi de acordo com a pontuação elaborada por Brucki et al. (2003), os quais validaram a escala do MEEM para a realidade brasileira (Quadro 1).

Quadro 1 – Valores dos escores no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo a escolaridade, Brucki et al., (2003).

ESCORES	ESCOLARIDADE
20	Analfabetos
25	1 a 4 anos
26.5	5 a 8 anos
28	9 a 11 anos
29	12 ou mais anos

C - Acidentes domésticos - este instrumento permitiu conhecer os acidentes domésticos ocorridos nos últimos doze meses com os idosos demenciados. Foi elaborado pela pesquisadora deste estudo e submetido a três especialistas para análise e sugestões. Ele aborda os tipos, as causas e as consequências dos acidentes. Os tipos de acidentes investigados foram as quedas, as aspirações/engasgos, os cortes/ferimentos, as queimaduras, as intoxicações e ingestão de corpos estranhos (APÊNDICE C).

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e aprovado em 28 de abril de 2003, de acordo com o processo HCRP nº 2929/2003 (ANEXO C).

A seguir foi solicitada aos responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do HCFMRP - USP permissão para consultar o prontuário, a fim de colher os dados dos idosos selecionados para o estudo.

Quanto às questões éticas, estas obedeceram às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D) foi elaborado pelo pesquisador-responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências de Resolução.

Mesmo tendo obtido o consentimento por telefone em participar da pesquisa, na visita ao domicílio, o entrevistador solicitava novamente o consentimento ao idoso e /ou familiar. A seguir, entregava o termo de consentimento para que pudessem lê-lo e, na impossibilidade de fazê-lo, o mesmo era lido pelo entrevistador. Ao concordarem em participar, um deles assinava o termo de consentimento, que era anexado ao questionário.

O idoso e/ou familiar tinham total liberdade em decidir pela não participação na pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo.

Os resultados decorrentes do estudo serão divulgados para essa população na forma de protocolo de avaliação do tipo de acidente doméstico mais comum ocorrido entre eles, o qual está proposto nesse estudo.

3.6 ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS E PROCESSAMENTO

A elaboração do banco de dados iniciou-se em novembro de 2003. O primeiro passo para a sua montagem foi escolher o *software* a ser utilizado para a digitação. Dentre os vários disponíveis optou-se pela utilização do programa EPIINFO, versão 6.04 d.j. (DEAN, 2001), que é um *software* de domínio público e dispõe de recursos de checagem de dados de fácil manuseio.

No instrumento, as questões eram agrupadas por bloco e identificadas por letras maiúsculas, seguidas pela ordem numérica (1 a n) dentro de cada bloco, o que facilita a recuperação e a análise das informações.

A montagem das telas de entrada de dados no EPIINFO teve como ponto de partida o documento em Word elaborado para a confecção dos instrumentos. A divisão das telas de entrada de dados ficou assim determinada:

- a) Instrumento de avaliação: arquivo contendo as informações iniciais coletadas do prontuário;
- b) Instrumento OARS: arquivo contendo as informações de identificação, perfil social do idoso;
- c) Instrumento MEEM: arquivo contendo as informações da avaliação cognitiva;
- d) Instrumento de acidentes: arquivo contendo as informações sobre os diversos tipos de acidentes.

Após a elaboração das telas de entrada de dados, foram gerados os arquivos denominados CHECK, construídos no EPIINFO que têm por objetivo evitar a entrada incorreta de dados pelo digitador, sendo só permitida a entrada de dado codificado.

Os dados coletados foram digitados sob a forma de dupla entrada para a análise da consistência interna. Em seguida, os dados foram submetidos ao programa VALIDATE do EPIINFO, para verificação de erros de digitação. As inconsistências foram conferidas no instrumento de coleta de dados e refeitas as digitações em ambos os bancos, realizando-se novo VALIDATE até obter 100% de consistência interna.

Os dados foram analisados empregando-se estatística uni e bivariada (tabelas de contingência). A análise estatística foi realizada com a utilização do programa computacional Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 1999), versão 11.5, sendo que o processamento de dados no EPIINFO e o tratamento estatístico no SPSS foram assessorados por um profissional especializado nessa área.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização sócio-demográfica (sexo, idade e estado civil) e econômica (sexo, escolaridade e renda) dos idosos atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). São apresentados os dados obtidos na avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos idosos com demência, sua relação com sexo, idade, estado civil, escolaridade e os acidentes domésticos mais comuns ocorridos com eles, bem como as precauções tomadas pelos cuidadores/familiares para evitar acidentes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA

Participaram do estudo, conforme mencionado anteriormente, 110 idosos com diagnóstico de demência; desse total, 72 (65,5%) eram do sexo feminino e 38 (34,5%), do sexo masculino.

A caracterização dos idosos segundo o sexo, a idade e o estado civil está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo sexo, faixa etária (anos completos) e estado civil. Ribeirão Preto, SP, 2004.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
FAIXA ETÁRIA (em anos)	n	%	n	%	n	%
60-64	2	2,8	4	10,5	6	5,4
65-69	15	20,8	7	18,4	22	20,0
70-74	12	16,7	6	15,8	18	16,4
75-79	17	23,6	12	31,6	29	26,4
80-84	15	20,8	6	15,8	21	19,1
85 ou mais	11	15,3	3	7,9	14	12,7
ESTADO CIVIL						
Solteiro	5	6,9	1	2,6	6	5,5
Casado	17	23,7	30	79,0	47	42,7
Divorciado/Desquitado	5	6,9	3	7,9	8	7,3
Viúvo	45	62,5	4	10,5	49	44,5
TOTAL	72	65,5	38	34,5	110	100

Os dados apresentados na Tabela 4 apontam uma maior frequência de idosos com demência na faixa etária de 75 a 79 anos, em ambos os sexos, correspondendo a 26,4% do total, sendo que dentro do sexo feminino corresponde a 23,6% e do masculino, a 31,6%; seguidos pelos idosos de ambos os sexos na faixa etária de 65 a 69 anos, correspondendo a 20% do total. Idosos com 85 anos ou mais somaram 12,7% do total. As mulheres têm frequências iguais, nas faixas etárias de 65 a 69 anos e 80 a 84 anos, com 20,8% em cada faixa, estando a menor frequência entre os 60 a 64 anos, com 2,8%. Porém, o sexo masculino apresentou uma frequência maior entre 75 a 79 anos e a menor, acima de 85 anos de idade, com 7,9%.

A idade no sexo masculino variou de 63,4 a 91,8 anos, com a média de 75,2 anos; enquanto que, no feminino, houve variação entre 64 a 88,6 anos, com média de 76,8 anos.

Com relação ao estado civil, 47 (42,7%) dos idosos são casados ou possuem um(a) companheiro(a), destacando-se o fato de que entre os 38 idosos do sexo masculino, 30 (79,0%) são casados, enquanto entre as mulheres somam 17

(23,7%). Entretanto, entre as mulheres prevalece o estado de viuvez em 45 delas (62,5%), enquanto entre os homens esse percentual é de 4 (10,5%). No caso das mulheres, 5 delas (6,9%) lideram o percentual das que nunca casaram ou tiveram um companheiro. Somando-se esse dado ao das viúvas, 69,4% das mulheres estudadas não tinham companheiro no momento da realização da pesquisa.

A caracterização socioeconômica dos idosos com demência está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo escolaridade tipo de renda. Ribeirão Preto, SP, 2004.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
ESCOLARIDADE	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	16	22,2	6	15,8	22	20,0
Sabe ler/escrever	14	19,5	3	7,9	17	15,5
1-4 anos	31	40,0	19	50,1	50	45,5
5-8 anos	8	11,1	6	15,8	14	12,7
9-11 anos	2	2,8	2	5,2	4	3,6
12 ou mais	1	1,4	2	5,2	3	2,7
TIPO DE RENDA						
Aposentadoria	34	47,2	33	86,9	67	60,9
Pensão	30	41,7	4	10,5	34	30,9
Aluguel	6	8,3	1	2,6	7	6,4
Trabalho Próprio	2	2,8	0	0	2	1,8
TOTAL	72	65,5	38	34,5	110	100

Observa-se que 45,5% dos idosos com demência têm de 1 a 4 anos de escolaridade; em segundo lugar, estão os analfabetos, com 20,0%, seguidos pelos que aprenderam a ler e escrever em casa, com 15,5%. A maioria desses idosos nasceu e viveu sua infância nas fazendas, onde habitualmente havia (ou era contratado) um professor para ensinar as crianças a ler e escrever em casa. Foram 54 (49.1%) de idosos entrevistados que nasceram e viveram sua infância na zona rural; 52 (47,3%) nasceram e moram na zona urbana e 4 (3.6%) não sabiam informar o local de nascimento. O tempo médio, em anos de escolaridade, foi de 3,4

anos para o sexo masculino e de 2,6 anos para o feminino. Os homens apresentam um maior grau de escolaridade, quando comparado às mulheres, conforme a Tabela 5.

Observa-se, em relação ao tipo de rendimento do idoso, que a grande maioria dos homens é de aposentados, enquanto as mulheres, ora recebem aposentadoria, ora pensão, além de terem renda proveniente de aluguéis. Dos idosos entrevistados, 60 (54%) recebiam até um salário mínimo mensal. As 72 mulheres somaram 93 salários mínimos, dando uma média de 1,3 salários mínimos/mês/idosa e os 38 homens somaram 58 salários mínimos, dando uma média de 1,5 salário/mínimo/mês/idoso. Destaca-se também que 2 (2,8%) das mulheres têm trabalho próprio, mesmo com o diagnóstico de demência, sendo as pensões oriundas da renda do marido/companheiro.

4.2 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO COGNITIVO, DOS IDOSOS COM DEMÊNCIA

As etiologias que os idosos apresentaram no momento da pesquisa constam na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das etiologias de demência dos idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, 2004 (n=110)

ETIOLOGIA	n	%
Doença de Alzheimer	44	40,0
Demência vascular	23	20,9
Demência não especificada	23	20,9
Demência por uso de álcool	8	7,2
Hidrocefalia de pressão normal	6	5,5
Doença de Parkinson	6	5,5
TOTAL	110	100

O desempenho dos idosos com demência, no MEEM, levando-se em consideração o sexo e a faixa etária, em anos completos é descrito na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de idosos atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o desempenho no MEEM, sexo e faixa etária (anos completos). Ribeirão Preto, SP, 2004 (n=110)

DESEMPENHO NO MEEM												
FAIXA ETÁRIA (em anos)	FEMININO				MASCULINO				TOTAL			
	Baixo		Alto		Baixo		Alto		Baixo		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60-64	1	1,5	1	14,3	3	8,6	1	33,3	4	4,0	2	20,0
65-69	13	20,0	1	14,3	7	20,0	1	33,3	20	20,0	2	20,0
70-74	9	13,9	3	42,9	6	17,2	0	0,0	15	15,0	3	30,0
75-79	15	23,1	2	28,5	11	31,4	1	33,4	26	26,0	3	30,0
80-84	16	24,6	0	0,0	5	14,3	0	0,0	21	21,0	0	0,0
85 ou mais	11	16,9	0	0,0	3	8,5	0	0,0	14	14,0	0	0,0
TOTAL	65	100	7	100	35	100	3	100	100	100	10	100

Ponderando a escolaridade dos idosos e os resultados dos seus escores no MEEM, foram considerados como de baixo desempenho os que obtiveram escores inferiores aos apresentados na padronização por Brucki et al. (2003), isto é, escores abaixo de 20 para analfabetos, de 25 para 1 a 4 anos de escolaridade, de 26,5 para 5 a 8 anos, de 28 para 9 a 11 anos e de 29 para 12 anos ou mais de escolaridade, tendo sido considerados de alto desempenho os que apresentaram resultados iguais ou superiores aos da mencionada padronização.

Quanto ao desempenho dos idosos no MEEM, 65 idosos do sexo feminino e 35 do masculino obtiveram resultados de baixo desempenho no teste. A faixa etária com maior frequência de baixo desempenho no MEEM foi a de 75 a 79 anos, com 26 (26,0%) de idosos; e com alto desempenho foram as de 70 a 74 e 75 a 79 anos, com 3 (30%) de idosos em cada faixa etária.

No sexo feminino, a faixa etária que apresentou maior frequência de baixo desempenho 16 (24,6%) foi a dos 80 aos 84 anos, seguida pela dos 75 aos 79 anos,

com 15 (23,1%), enquanto o sexo masculino apresentou a maior frequência de baixo desempenho 11 (31,4%) na faixa etária dos 75 aos 79 anos, seguida pela dos 65 aos 69 anos com 7 (20,0).

No sexo feminino, a faixa etária que apresentou a maior frequência de alto desempenho no MEEM foi a dos 70 aos 74 anos com 3 (42,9), enquanto no sexo masculino não houve destaque para maior frequência em nenhuma faixa etária. Nas faixas acima dos 79 anos, nenhum idoso alcançou a classificação de alto desempenho no teste de MEEM, somando esses idosos 35, ou seja, 31,8% do total.

Os resultados deste estudo mostraram que o aumento da idade, a diminuição do tempo de educação formal e o sexo foram fatores que influenciaram no desempenho cognitivo do idoso demenciado, no teste do MEEM.

O desempenho dos idosos no MEEM é compatível com o diagnóstico médico dos mesmos, isto é, a demência, em vários estágios.

4.3 ACIDENTES DOMÉSTICOS OCORRIDOS COM OS IDOSOS DEMENCIADOS

Neste item, estão apresentados os acidentes ocorridos com os idosos com o diagnóstico de demência, que foram atendidos no ANCP-HCFMRP-USP, no ano de 2001 e 2002. Dos 110 idosos estudados, 72 (65,5%) sofreram algum tipo de acidente doméstico, como pode ser observado no fluxograma da Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma dos idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP – USP, que sofreram acidentes domésticos. Ribeirão Preto, SP, 2004.

Obs.: * Um idoso pode ter mais de um tipo de acidente. Nesse número, não estão computados os acidentes repetidos, as reincidências de cada idoso.

** Os acidentes foram: quedas, aspirações/engasgos, queimaduras, cortes/ferimentos, intoxicações e ingestão de corpos estranhos.

A média de acidentes domésticos por idoso entrevistado foi de 1,53 e, entre aqueles em que foi relatado algum tipo de acidente doméstico, a média subiu para 1,61. Quanto ao sexo feminino, 46 mulheres sofreram 75 acidentes diferentes, resultando em uma média de 1,63 acidentes/mulher. Entre o sexo masculino, a

média foi semelhante: 26 homens sofreram 41 acidentes diferentes, resultando em uma média de 1,57 acidentes/homem. Nessas médias, não estão computados os acidentes reincidentes de cada idoso como, por exemplo, as várias quedas que um idoso pode ter sofrido nos últimos 12 meses.

Dos 110 idosos entrevistados, 72 (65,5%) sofreram acidentes; destes, 66% obtiveram baixo desempenho no MEEM.

Os resultados sobre a distribuição do número de acidentes domésticos de diferentes categorias que ocorreram com os idosos encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos números dos diferentes tipos de acidentes domésticos que ocorreram com os idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 72).

	TIPOS DE ACIDENTES									
	1		2		3		4		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	25	62,5	15	65,2	4	66,7	2	66,7	46	63,9
Masculino	15	37,5	8	34,8	2	33,3	1	33,3	26	36,1
TOTAL	40	100	23	100	6	100	3	100	72	100

Obs.: Total de acidentes distintos: $40 \times 1 + 23 \times 2 + 6 \times 3 + 3 \times 4 = 116$

Na Tabela acima não estão computados os tipos de acidentes reincidentes, dentro de cada categoria, de cada idoso; porém, um idoso pode ter experimentado de um a quatro tipos diferentes de acidentes. Dos 72 idosos que sofreram acidentes domésticos, 46 (63,9%) foram do sexo feminino e 26 (36,1%), do masculino. No sexo feminino 25 (62,5%) das mulheres relataram pelo menos um tipo de acidente no últimos 12 meses, enquanto no masculino esse número foi de 15 (37,5%). O número de idosos do sexo feminino e do sexo masculino que sofreram pelo menos dois tipos de acidentes domésticos, nos últimos 12 meses, foram 15 (65,2%) e 8 (34,8%) respectivamente. Três idosos sofreram quatro tipos diferentes de acidentes, sendo que desses, dois foram com o sexo feminino.

A faixa etária em que ocorreram mais acidentes foi a de 75 a 79 anos, seguida pela de 80 a 84 anos. Esses dados, entre outros, podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, de acordo com a faixa etária (anos completos), o desempenho no MEEM e o número de diferentes tipos de acidentes domésticos ocorridos. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 72).

FAIXA ETÁRIA (em anos)	DESEMPENHO NO MEEM				TOTAL
	Baixo		Alto		
	Número de acidentes				
	1	2 ou mais	1	2 ou mais	
60-64	0	1	1	1	3
65-69	6	6	1	0	13
70-74	6	5	0	0	11
75-79	9	10	1	2	22
80-84	10	4	0	0	14
85 ou mais	6	3	0	0	9
TOTAL	37	29	3	3	72

Dos idosos que sofreram algum tipo de acidente doméstico e tinham baixo desempenho no MEEM, 37 idosos sofreram pelo menos um tipo de acidente e 29 idosos sofreram dois ou mais acidentes. Dez idosos com baixo desempenho no MEEM e faixa etária de 80 a 84 anos sofreram pelo menos um acidente, seguida pela faixa etária dos 75 a 79 anos. Enquanto os que sofreram dois ou mais tipos de acidentes, as faixas etárias foram 75 a 79 anos, seguida pela de 65 a 69 anos. Quanto aos idosos que obtiveram alto desempenho no MEEM, três sofreram pelo menos um tipo de acidente e igual número sofreram dois ou mais tipos de acidentes. A faixa etária com maior frequência de acidentes em idosos com alto desempenho no MEEM foi de 75 a 79 anos.

Os resultados em relação ao desempenho dos idosos no MEEM e os tipos de acidentes domésticos ocorridos encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos tipos de acidentes em idosos com demência, atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, conforme o desempenho dos mesmos no MEEM. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 116).

TIPOS DE ACIDENTES	DESEMPENHO NO MEEM			
	Baixo		Alto	
	n	%	n	%
Quedas	59	56,2	5	45,5
Aspirações/engasgos	28	26,7	4	36,3
Queimaduras	7	6,7	1	9,1
Cortes/ferimentos	7	6,7	0	0,0
Intoxicações	3	2,8	1	9,1
Ingesta de corpos estranhos	1	0,9	0	0,0
TOTAL	105	100	11	100

Os 72 idosos com diagnóstico de demência que apresentaram algum tipo de acidente doméstico envolveram-se pelo menos em um tipo de acidente nos últimos 12 meses, podendo ter sofrido mais de um acidente.

Os dados apresentados mostram que esses idosos tiveram 116 acidentes domésticos, e desses, 105, resultaram de idosos com baixo desempenho no MEEM, ao passo que 11 acidentes resultaram de idosos com alto desempenho no MEEM.

As quedas ocorreram em 59 (56,2%) idosos que obtiveram baixo desempenho no MEEM, seguidos pelos engasgos/aspirações com 28 (26,7%) de idosos. Nos idosos que obtiveram alto desempenho no MEEM, os tipos de acidentes com maior frequência obedeceram a mesma seqüência.

Mais uma vez, observa-se que o baixo desempenho no MEEM é um dos fatores de risco para acidentes, principalmente os relativos a quedas e a aspirações/engasgos. Esses dois tipos de acidentes somaram 87 (82,9%) dos acidentes domésticos ocorridos com esses idosos.

Os resultados e a distribuição dos idosos demenciados, de acordo com o sexo e os tipos de acidentes domésticos, encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos tipos de acidentes domésticos em idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 116).

TIPOS DE ACIDENTES	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Quedas	40	53,4	24	58,5	64	55,2
Aspirações/engasgos	23	30,6	9	22,0	32	27,6
Queimaduras	5	6,7	3	7,3	8	6,9
Cortes/ferimentos	4	5,3	3	7,3	7	6,0
Intoxicações	2	2,7	2	4,9	4	3,4
Ingesta de corpos estranhos	1	1,3	0	0,0	1	0,9
TOTAL	75	100	41	100	116	100

Os idosos podem ter sofrido mais de um tipo de acidente, porém as reincidências de cada tipo não estão demonstradas na Tabela acima.

Observa-se que, dos idosos que sofreram pelo menos uma queda nos últimos doze meses e que um número significativo 32 (27,6%), relatou dificuldades no processo de deglutição como engasgo e aspiração de partículas para o pulmão. No sexo feminino pode-se observar que dos 75 acidentes, 40 (53,4%) foram de quedas e 23 (30,6%) problemas de engasgo. No sexo masculino, ocorreram 41 acidentes, e desses, 24 (58,5%) foram com quedas, e uma proporção bem menor 9 (22,0%), foram com o processo de deglutição. As queimaduras, cortes/ferimentos, intoxicações e ingesta de corpo estranho foram relatados em menor frequência, o que não significa que esses tipos de acidentes ofereçam menor risco aos idosos. O tipo de acidente relatado menos frequentemente foi a ingesta de corpo estranho, referido por apenas uma idosa. A distribuição dos acidentes teve a mesma sequência em ambos os sexos.

4.4 QUEDAS

As quedas foram relatadas por 64 idosos; foi o tipo de acidente mais freqüente em ambos os sexos.

Elas são resultado da interação de fatores intrínsecos e extrínsecos. As condições intrínsecas e extrínsecas referidas no momento da queda estão apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos fatores intrínsecos e extrínsecos referidos pelos idosos e cuidadores no momento da queda. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 64)

FATORES	IDOSOS	
	n	%
Alteração de equilíbrio	36	23,4
Dificuldade para caminhar	29	18,8
Fraqueza muscular	24	15,6
Tontura/vertigem	18	11,7
Perda do tônus postural/sem perda da consciência	15	9,7
Confusão mental	14	9,1
Efeitos colaterais de medicamento	13	8,4
Síncope/desmaio (com perda da consciência)	3	2,0
Hipotensão postural	2	1,3
TOTAL DE FATORES INTRÍNSECOS	154	100
Calçados inadequados (chinelo...)	25	28,3
Pisos escorregadios ou molhados	12	13,6
Degrau alto e/ou desnível no piso	12	13,6
Banheiro sem apoio/barras	10	11,7
Pisos irregulares ou com buracos	9	10,2
Tapetes soltos	6	6,8
Objetos no chão	6	6,8
Iluminação insuficiente	2	2,3
Roupas longas	2	2,3
Animais domésticos	1	1,1
Subida em objeto/móvel para alcançar algo no alto	1	1,1
Escadaria sem corrimão	1	1,1
Acessórios de apoio (bengala...)	1	1,1
TOTAL DE FATORES EXTRÍNSECOS	88	100

O total de fatores foi de 242, sendo 154 (63,6%) intrínsecos e 88 (36,4%) extrínsecos. Os dados mostram que um idoso pode ter apresentado mais de um fator intrínseco e/ou extrínseco no momento da queda.

As condições intrínsecas relacionadas ao envelhecimento e ao estado clínico do idoso foram as mais freqüentes, destacando-se: alteração de equilíbrio 23,4%, dificuldades para caminhar 18,8% e fraqueza muscular 15,6%, o que somou 57,8% do total no momento da queda.

Em relação às condições extrínsecas, o fator mais mencionado foi calçado inadequado 28,3%, pisos escorregadios e com desnível 27,2%. Das condições extrínsecas 37,4% estavam relacionadas ao piso escorregadio, com degrau irregular e/ou com buracos. A falta de apoio/barra no banheiro e do corrimão na escada somaram 11,3%.

O uso inadequado de calçado, como chinelo e solado liso, foi relatado em 25 (28,3%) dos casos.

Em relação à luz acesa, em algum cômodo da casa, durante a noite, a grande maioria utiliza essa prática e apenas 9,1% não a utiliza, nos dormitórios e banheiros.

Na análise dos prontuários dos 110 idosos entrevistados verificou-se 492 morbidades. A média foi de 4,5 morbidade/idoso.

Os tipos mais freqüentes de quedas no domicílio estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos tipos de quedas ocorridos no domicílio com os 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, que sofreram quedas. Ribeirão Preto, SP. 2004.

TIPOS DE QUEDA	n	%
Própria altura	43	50,0
Cama	20	23,3
Cadeira/poltrona	12	14,0
Cadeira de banho e/ou vaso sanitário	5	5,8
Escada	4	4,6
Árvore ou portão	2	2,3
TOTAL	86	100

Ao observar os tipos de queda, percebe-se que os idosos sofreram pelo menos um tipo ou ainda vários tipos diferentes. Quanto ao tipo, 43 (50,0%) caíram

da própria altura, 20 (23,3%) da cama, 12 (14,0%) da cadeira ou poltrona e ainda houve idosos que caíram de árvore e do portão da casa.

Os locais mais freqüentes do domicílio em que ocorreram as quedas estão na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos locais mais comuns do domicílio em que ocorreram as quedas com os 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004

LOCAL DO DOMICÍLIO	n	%
Dormitório/quarto	25	25,0
Pátio/Quintal	24	24,0
Banheiro	19	19,0
Cozinha	11	11,0
Sala	11	11,0
Hall de entrada	5	5,0
Calçada	5	5,0
TOTAL	100	100

A queda pode ter ocorrido em mais de um local do domicílio, sendo que a maior freqüência foi a que ocorreu no quarto/dormitório, provavelmente porque é neste aposento que o idoso com demência permanece a maior parte do tempo. As maiores freqüências foram no dormitório 25%, no quintal da casa 24%, e no banheiro 19,0%. As outras dependências da casa, como cozinha, sala, hall de entrada e calçada são referidas menos freqüentemente.

As conseqüências das quedas relatadas pelos idosos estão apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição das conseqüências e lesões de quedas relatadas pelos 64 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004.

CONSEQUÊNCIAS E LESÕES DE QUEDAS	n	%
Medo de cair novamente	22	31,0
Hospitalização	14	19,8
Necessidade de ajuda para atividades da vida diária	13	18,3
Depressão/isolamento	8	11,3
Indicação de cirurgia	5	7,0
Acamado	5	7,0
Rearranjo familiar	3	4,2
Úlceras de pressão	1	1,4
TOTAL	71	100
Lesões com pontos na cabeça	10	41,6
Lesões em membros superiores	6	25,0
Lesões em membros inferiores	4	16,7
Fratura em membro inferior	2	8,3
Fratura em membro superior	1	4,2
Fratura em vértebra	1	4,2
TOTAL	24	100

O idoso pode ter apresentado mais de uma conseqüência da queda. O medo de cair novamente foi o relato mais freqüente 22 (31,0%), seguido pela necessidade de hospitalização e a de ajuda para a vida diária. Dos 14 idosos que necessitaram internação após a queda, cinco foram indicadas para submeter-se a procedimento cirúrgico. Ao observarem-se as lesões causadas pelas quedas, 10 idosos (41,6%) necessitaram de sutura na cabeça, devido aos ferimentos e 4 (16,7%) sofreram fraturas em membros inferiores, superiores e vértebra.

Os horários em que os idosos mais caíram foram das 12 às 18 horas e das 6 às 12 horas, com 31 (48,4%) e 16 (25%) quedas, respectivamente. O horário com menor freqüência foi o das 24 às 6 horas com 7 (10,9%) das quedas. Os meses em que ocorreu o maior número de quedas foram os de dezembro a fevereiro e os de setembro a novembro, com 22 (34,4%) e 17 (26,6%), respectivamente. Os meses de menor freqüência foram de março a maio.

O número total de quedas relatado nos últimos 12 meses que ocorreram com os 64 idosos foi de 255, variando de 1 até 25 quedas por idoso, resultando em uma média de 4 quedas/idoso/ano.

4.5 ASPIRAÇÕES E ENGASGOS

Os acidentes com aspiração e engasgo de alimentos, líquidos, entre outros produtos, atingiram 32 (29,1%) de todos os idosos entrevistados, representando 44,4% dos 72 idosos que sofreram algum tipo de acidente.

As razões referidas que causaram engasgo e/ou aspirações nos idosos demenciados foram: 14 (43,8%) por líquidos, 12 (37,5%) por alimentos e 6 (18,7%) por alimentos líquidos.

As conseqüências dos engasgos e das aspirações nos idosos demenciados estão na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição das conseqüências dos acidentes de aspiração/engasgo nos 32 idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, 2004

CONSEQÜÊNCIAS	ASPIRAÇÕES/ ENGASGOS	
	n	%
Tosse	29	61,8
Falta de ar	12	25,3
Pneumonia	4	8,6
Hospitalização	2	4,3
TOTAL	47	100

Os idosos que sofreram acidentes de aspiração/engasgo tiveram uma ou mais conseqüências. Quanto à sua situação postural no momento da aspiração/engasgo, 24 (75%) estavam sentados, 7 (21,9%) em pé e 1 (3,1%) não se lembrava da posição.

Em relação às causas de aspiração, destacam-se os alimentos e os líquidos. A manifestação clínica mais freqüente desse evento foi a tosse, que ocorreu com 29 dos idosos, representando 61,8% das conseqüências; seguida pela 'falta de ar', com 12 idosos, representando 25,3% das conseqüências. Quatro idosos dos que

apresentaram aspiração/engasgo necessitaram de atendimento médico e/ou de fonoaudiólogo.

Os idosos que sofreram acidentes do tipo aspiração/engasgo e o seu desempenho no MEEM, segundo o sexo, encontram-se na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, que sofreram acidentes de aspiração/engasgo, segundo o sexo, de acordo o desempenho no MEEM. Ribeirão Preto, SP, 2004 (n= 32).

DESEMPENHO NO MEEM	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Baixo	21	75,0	7	25,0	28	100
Alto	2	50,0	2	50,0	4	100

Dos idosos que sofreram acidentes de aspiração/engasgo, a maioria, 28 (87,4%), teve baixo desempenho no MEEM e apenas 4 (12,6%) dos que passaram por esse evento apresentaram um alto desempenho.

Dos 28 idosos que obtiveram baixo desempenho no MEEM e sofreram acidentes com aspiração/engasgos, 21 (75%) eram do sexo masculino. Quanto aos idosos com alto desempenho, 2 (50%) eram do sexo feminino e igual proporção era do masculino.

A faixa etária em que se registraram as maiores freqüências desse tipo de acidente foi a de 75 a 79 anos, com 8 idosos com baixo desempenho no MEEM e 3 com alto desempenho, num total de 11 idosos. A segunda faixa etária de maior freqüência foi a dos 80 aos 84 anos, com 6 idosos de baixo desempenho no MEEM.

As faixas etárias com menores freqüências foram as de 60 a 64 anos com 2 relatos e dos 85 anos ou mais, com 3, ocorrendo esse evento mais freqüentemente entre as mulheres, quando comparadas aos homens, tanto no total dos idosos entrevistados como entre os que sofreram o evento.

4.6 QUEIMADURAS

Os resultados mostram que os acidentes com queimadura ocorreram com 8 (7,3%) idosos do total dos entrevistados, o que representa 11,1% dos 72 idosos que tiveram algum tipo de acidente. Os acidentes com queimaduras, distribuídos segundo o sexo, ocorreram com 5 mulheres e 3 homens.

Em relação ao desempenho, no MEEM, dos idosos acidentados com queimaduras, 7 obtiveram baixo desempenho, sendo 4 mulheres e 3 homens e apenas 1 mulher obteve alto desempenho. A faixa etária com maior frequência de queimaduras, quatro (4), foi a de 75 a 79 anos.

Ao analisar a proporção de queimaduras entre os sexos, verifica-se que o masculino teve maior frequência comparado ao feminino, observando-se que, das 72 mulheres, 5 (6,9%) relataram queimaduras e, dos 38 homens, 3 (7,9%) apresentaram esse relato, em ambos os sexos a frequência da ocorrência é semelhante frente a dificuldade de cognição dos idosos.

As causas das queimaduras relatadas pelos idosos, ocorridas nos últimos 12 meses, estão apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição das causas de queimadura ocorridas com os idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, SP, 2004.

CAUSAS DE QUEIMADURA	IDOSOS	
	n	%
Contato direto calor (panelas, frigideiras...)	7	20,6
Fogo/chama	7	20,6
Fogão/churrasqueira	6	17,6
Líquidos escaldantes	6	17,6
Alimentos	5	14,7
Eletricidade	2	5,9
Cigarro	1	3,0
TOTAL	34	100

Um idoso pode ter sofrido uma ou mais queimaduras, variando o número delas, por idoso, de uma a quinze, nos últimos 12 meses, num total de 34, sendo a média de 4,25 queimaduras/idoso/ano. A maior frequência de queimaduras por idoso, foi de uma queimadura em 3 idosos (37,5%) e quatro em 2 idosos (25,0%) do total de idosos que sofreram o evento.

Em relação às causas das queimaduras, o contato direto com o calor, por meio de panelas, frigideiras e outros utensílios de cozinha, foi a razão de 7 (20,6%) dos acidentes, sendo verificada a mesma frequência no contato direto do idoso com o fogo/chama.

Queimaduras pelo uso do fogão/churrasqueiras e líquidos escaldantes têm a mesma frequência 6(17,6%). Como líquidos escaldantes foram citados: água, leite, café, óleo e gordura. A ingestão de alimentos quentes, independente da consistência, não foi relatada como principal causa, sendo que dois idosos sofreram queimaduras ao manusear equipamentos elétricos.

Os locais do corpo atingidos na última queimadura estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição dos idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo o local do corpo atingido pela última queimadura, Ribeirão Preto, SP, 2004

LOCAL DO CORPO	IDOSOS	
	n	%
Mão Direita	7	87,5
Mão Esquerda	4	50,0
Antebraço direito e esquerdo	4	50,0
Braço direito e esquerdo	2	25,0
Coxa direita	1	12,5
Cabeça	1	12,5

Observa-se que os membros superiores foram os mais atingidos pelas queimaduras em geral, principalmente a mão direita, podendo um idoso ter mais de um local do corpo atingido no momento desse tipo de acidente.

4.7 CORTES E FERIMENTOS

Ocorreram 4 acidentes com objetos cortantes no sexo feminino e 3 no masculino. Todos os idosos que se envolveram nesse tipo de acidente tiveram baixo desempenho no MEEM. A faixa etária de maior frequência foi entre os 75 aos 79 anos, com 4 acidentes. A distribuição das causas, consequências e regiões do corpo atingidas por este evento, estão apresentados na Tabela 20.

Os locais do domicílio onde o idoso se acidentou com objeto cortante, da última vez foram: a cozinha e o banheiro, com dois acidentes em cada um, correspondendo a 28,5% daquele total, respectivamente, o dormitório e a calçada, com um acidente em cada um deles, respectivamente, (14,3% daquele total), sendo que um idoso não se lembrou do local onde o acidente ocorreu, registrando-se ainda que cada um dos idosos citados teve pelo menos um acidente nos últimos 12 meses.

Tabela 20 – Distribuição dos acidentes com cortes e ferimentos que ocorreram com 7 idosos demenciados atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, segundo suas causas, consequências e região do corpo. Ribeirão Preto, SP, 2004

CAUSAS/ CONSEQUÊNCIAS/ REGIÕES DO CORPO	CORTES E FERIMENTOS	
	n	%
Faca	2	22,2
Gilete	2	22,2
Maçaneta	2	22,2
Tesoura	1	11,1
Ferro	1	11,1
Vidro	1	11,1
TOTAL DE CAUSAS	9	100
Cuidados caseiros	8	88,9
Sutura	1	11,1
TOTAL DE CONSEQUÊNCIAS	9	100
Mão/braço	6	66,7
Face	3	33,3
TOTAL DE REGIÕES DO CORPO	9	100

Os acidentes com cortes e ferimentos foram causados por diversos objetos, como pode ser visto na Tabela acima. Na maioria das vezes, este acidente teve como consequência a necessidade de cuidados caseiros 8 (88,9%) e apenas um idoso necessitou de atendimento médico para suturar o ferimento. As regiões do corpo mais atingidas foram os membros superiores 6 (66,7%).

O horário em que o idoso se acidentou com objetos cortantes da última vez foi no das 06 às 12 horas com 5 deles (71,4%) e o das 12 às 18 horas 1 deles (14,3%), sendo que 1 (14,3%) não lembra. Quanto aos meses da ocorrência dos acidentes, com objetos cortantes foram os de setembro a novembro com 2 idosos (42,9%) sendo que igual proporção não se recorda.

4.8 INTOXICAÇÃO E INGESTA DE CORPOS ESTRANHOS

Os acidentes com intoxicação foram relatados por 4 idosos, sendo que três se acidentaram por ingesta de medicamentos e um não mencionou a sua causa.

Dos três idosos citados, dois apresentaram quadro clínico comatoso, havendo a necessidade de hospitalização; e um apresentou mal estar geral, e o quarto idoso não relatou complicações clínicas. Os familiares dos dois idosos, que apresentaram complicações, relataram que a medicação fica ao alcance do idoso demenciado e sob sua responsabilidade a administração dos mesmos. Nas outras duas situações, a medicação não fica ao alcance do idoso, sendo administrada pelo cuidador familiar.

Em relação à ingesta de corpos estranhos ocorreu apenas um relato, tendo o idoso com demência ingerido pedaços de sabão, porém, sem consequência.

4.9 PREVENÇÃO

A prevenção de acidentes é um dos principais cuidados dos familiares do idoso com demência, porém não é observada e praticada por eles, fato que pode ser constatado em suas respostas. Quando perguntado se ele (cuidador/familiar) acredita que poderia ter sido evitado o acidente e se foi tomada alguma precaução contra novos acidentes, as respostas, em geral, são negativas, estando os resultados destas questões apresentados na Tabela 21.

Tabela 21 – Distribuição das respostas do cuidador/familiar de idosos com demência atendidos no ANCP do HCFMRP-USP, sobre prevenção de acidentes. Ribeirão Preto, SP, 2004.

CUIDADOR/FAMILIAR RESPOSTAS	PREVENÇÃO DE ACIDENTES	
	.. n	%
Maior atenção/supervisão	12	48,0
Não, é impossível.	11	44,0
Aumentar espaço para circulação, retirar tapetes.	2	8,0
TOTAL DE ACIDENTES QUE PODERIAM SER EVITADOS	25	100
Não sabia o que fazer	13	65,0
Idosos muito agitados	3	15,0
Falta de apoio	2	8,0
Acidente é inesperado	2	10,0
TOTAL DE CUIDADORES QUE NÃO TOMOU PRECAUÇÃO APÓS ACIDENTE	20	100
Não tem ou não sabe o que fazer	12	37,5
Vigiar e dar mais atenção ao idoso	12	37,5
Maior área de circulação, retirar tapetes	4	12,6
Providenciar grades de proteção	2	6,2
Maior precaução na hora da alimentação	2	6,2
TOTAL DE SUGESTÕES PARA EVITAR OS ACIDENTES DOMÉSTICOS	32	100

Ao analisar os dados, observa-se que houve mais de uma resposta por cuidador/familiar. Verifica-se, na Tabela acima, que as maiores percentagens estão nos itens em que o cuidador/familiar refere não saber ou não ter informações sobre prevenção de acidentes domésticos com seus familiares demenciados, ou, ainda,

que é impossível prevenir qualquer tipo de acidente com os mesmos. Vigiar e dar mais atenção ao idoso foi mencionado por 12 (48%) dos cuidadores, como ação que poderia evitar os acidentes.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo consta a discussão dos dados referentes a caracterização dos idosos com demência, atendidos em um ambulatório terciário; e o desempenho dos mesmos no MEEM; bem como, os acidentes domésticos que ocorreram com maior frequência entre esta população.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COM DEMÊNCIA

Observa-se na distribuição dos idosos com diagnóstico de demência, na Tabela 4, o predomínio de mulheres de idades mais avançadas quando comparadas às dos homens. Esses dados estão coerentes com estudos nacionais e internacionais, como os de Camacho (2002), que realizou estudo no Rio de Janeiro com 106 pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer. Desses, 64% eram do sexo feminino e 36% do masculino, com uma diferença de 28% a mais para o sexo feminino. Dados esses semelhantes aos encontrados no presente estudo, em que 65,5% são do sexo feminino e 34,5% do masculino, tendo uma diferença de 31%. Esta diferença também é evidenciada no estudo de Almeida (1998), que avaliou 211 pacientes com demência, sendo que 146 (69,2%) eram do sexo feminino, apresentando uma diferença de 38,4% a mais em relação ao masculino.

Um estudo sobre a prevalência de demência em diversas regiões do mundo, no período de 1994 a 2000, foi realizado por Lopes e Bottino (2002) que, na análise de 38 artigos nacionais e internacionais, constataram um predomínio do sexo feminino em 75% dos casos pesquisados. Entretanto, o estudo de Vale e Miranda

(2002), com 186 pacientes com demência, realizado em Ribeirão Preto, encontrou dados divergentes, sendo que, daquele total, 58,60% eram homens e 41,40%, mulheres.

Entre os autores internacionais, Salemi et al. (2002) avaliaram 184 pacientes com demência na Itália, sendo que, desse total, 113 (61,41%) eram do sexo feminino, dados que corroboraram aos estudos de Eaker et al. (2002), que, ao avaliarem 363 pacientes com demência, em New York, encontraram 224 (61,7%) pertencentes ao sexo feminino. Em ambos os estudos, a diferença detectada entre os sexos é de 23%.

Por sua vez, Herbert et al. (2001) não encontraram diferenças significativas entre os sexos na prevalência, na incidência ou no aumento do risco de morte entre as pessoas com Alzheimer, apontando que mulheres e homens têm o mesmo risco de desenvolver essa doença. Esse estudo também concluiu que há maior número de mulheres do que de homens desenvolvendo (ou que irão desenvolver) a doença de Alzheimer ao longo da vida, e que as mulheres irão sobreviver mais tempo com a doença. Esses achados sugerem que o aumento do número de mulheres com doença de Alzheimer é devido a longa expectativa de vida das mesmas e não a algum fator de risco específico ligado ao sexo.

A análise feita por Camarano (2003) sobre as mudanças nas condições de vida das mulheres idosas brasileiras, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, aponta que 55% do contingente populacional brasileiro maior de sessenta anos era composto por mulheres. Entre os maiores de oitenta anos, essa proporção subia para 60,1%. A predominância da população feminina entre os idosos é resultado da maior mortalidade masculina e da redução da mortalidade feminina.

Neste estudo, existe uma maior frequência de idosos do sexo feminino com demência. A faixa etária de maior frequência, de idosos com demência, entre ambos os sexos é de 75 a 79 anos, seguida pelas faixas 65 a 69 anos e de 80 a 84 anos para o sexo feminino, enquanto o sexo masculino fica na faixa de 65 a 69 anos. Além disso, em terceiro lugar aparece a faixa de idade de 70 a 74 anos em ambos os sexos, sendo que o sexo masculino a faixa de 80 a 84 também se encontra nesta mesma frequência. A menor frequência de mulheres está na faixa dos 60 a 64 anos, enquanto para os homens esta faixa está entre 85 ou mais anos. Portanto, pode-se observar, a partir desses dados, que a população brasileira está vivendo mais e que a demência tem maior frequência em idosos do sexo feminino e nas faixas etárias mais avançadas. Diversos estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que a frequência de demência aumenta com a idade, tendendo a duplicar a cada cinco anos, iniciando com 1,6% a partir dos 65 anos e chegando a 38,9% aos 85 anos ou mais (NITRINI, 2002). Dados semelhantes também foram encontrados por Herrera; Caramelli; Nitrini (1998), com prevalência de 1,3% na faixa etária de 65 a 69 anos e elevando-se para 36,9% nas idades superiores a 84 anos. Lopes e Bottino (2002) encontraram uma prevalência de 54,83% de demência na faixa etária acima de 95 anos, em estudo realizado na cidade de São Paulo. Sparks (2001) e Aisen; Marin; Davis (2001) referem que a prevalência de demência entre os idosos acima de 65 anos é de 10%, elevando-se para 50% nos acima de 85 anos, ambos os estudos realizados nos Estados Unidos.

O ser humano está conquistando mais anos de vida, mas com aumento da prevalência de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e das degenerativas, dentre elas, as demências. Uma das questões sobre que se deve

refletir é que a sociedade almeja maior expectativa de vida do ser humano, porém sem doenças e incapacidades.

Em relação ao estado conjugal dos idosos, observa-se que a maioria das mulheres é viúva, além de haver um número significativo de solteiras e/ou sem companheiro, dentre elas quando comparadas aos homens. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Chaimowicz (1997); Camarano (2003) e Feliciano (2004), em que a população do sexo feminino manteve-se sem companheiro, após viuvez, com mais freqüência do que os homens.

Já para Camarano (2003), as diferenças por sexo quanto ao estado conjugal são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres e, de outro, às normas sociais e culturais prevalecentes na sociedade brasileira, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens que eles. Além disso, o novo casamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas.

Quanto ao nível de escolaridade, percebe-se que a população estudada teve pouco acesso à escola, isto é, freqüentaram-a de 1 a 4 anos.

Barreto e Mitululis (2001) mencionaram que no início do século XX, o Brasil apresentava índices de retenção mais elevados, na escola em relação a outros países da América Latina: 57,4% ficavam na passagem da 1ª série para a 2ª série do ensino fundamental. As recorrentes repetências e a evasão escolar atingiram proporções consideráveis no país, de cada 100 crianças matriculadas na 1ª série, apenas 16 concluíam as quatro séries do ensino primário sem reprovação.

Esse grande número de reprovação gerava conseqüências indesejáveis, como: os prejuízos causados à organização e ao financiamento do sistema de ensino; os obstáculos que se interpunham ao processo de aprendizagem dos

educandos e seus familiares e suas nefastas decorrências no plano pessoal, familiar e social.

A formação de classes heterogêneas quanto à idade, a humilhação da criança, a desmotivação da família agiam como fatores de desestímulo à aprendizagem. Os educadores analisaram que as reprovações não exerciam nenhuma influência positiva sobre a criança, quando então passaram a discutir novas estratégias para o ensino fundamental. A população idosa de hoje viveu em uma época muito semelhante à citada, primeira metade do século passado, portanto, eles viveram essa trajetória de ensino.

Destaca-se também neste trabalho, um número bastante expressivo de analfabetos, ou que apenas aprenderam a ler e escrever informalmente em casa, sem freqüentar a escola. O nível de escolaridade mais baixo ocorreu no sexo feminino, uma vez que a sociedade considerava que o papel da mulher era de cuidar da casa, do marido e dos filhos.

Iloki (2001) refere que os debates sobre o analfabetismo ganharam impulso a partir dos anos 1940, quando o Ministro da Educação passou a participar de discussões para a formulação do projeto de Educação para a América Latina, organizado no pós-guerra pela Unesco. Tratava-se de um movimento dos países membros para redefinir o conceito de analfabeto, ampliando o sentido do termo para além do letramento. Em 1947, o Brasil organizou a Campanha de Alfabetização, articulado com diferentes setores da sociedade civil para atingir três mil pessoas em todo o país.

A maioria dos idosos do presente estudo viveu sua infância e juventude em fazendas, na zona rural, onde o ingresso na escola era difícil e a educação não era prioridade política do governo no início do século XX. Mello Jorge; Glotleieb; Laurenti

(2001) também mencionaram essa política de governo das décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era ainda restrito. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Ramos et al. (1993) sobre o idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil, constatando que a maioria da população entrevistada era oriunda da zona rural (57%). Em relação à escolaridade dessa população encontraram 35% de analfabetos, 21% com nível primário incompleto, 26% com o primário completo e 18% que cursaram o pós-elementar (ginasial, colegial e/ou superior).

Feliciano (2004), ao realizar um estudo com idosos no interior de São Paulo, deparou-se com uma população de baixa escolaridade, isto é, mais de 50% eram analfabetos, sendo a maioria, mulheres.

Vários estudos apontam o grau de escolaridade como sendo um fator sócio-demográfico importante no auxílio do diagnóstico de demência, como pode ser constatado a seguir.

Bertolucci et al. (1994) encontraram resultados que indicam que o fator mais importante na determinação do desempenho no MEEM é o nível educacional. Os indivíduos analfabetos tiveram pior desempenho, dados esses, além do esperado. Esses resultados foram importantes para alertar quanto ao uso de um único escore para uma população heterogênea.

Herrera; Caramelli; Nitrini (1998) apontaram que o analfabetismo pode estar relacionado ao aparecimento da demência. Dos 224 indivíduos estudados, 52,6% confirmaram o diagnóstico de demência; desses 59,4% não freqüentaram a escola, 22,9% declararam de 1 a 3 anos de escolaridade, 15,2% mencionaram possuir de 4 a 7 anos e apenas 2,5% tinham 8 ou mais anos de escolaridade. A DA foi mais comum em mulheres.

Nitrini (1999), no estudo de revisão sobre epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil, concluiu que a doença de Alzheimer é a forma mais freqüente de demência no país e que a baixa escolaridade está associada a maior prevalência da doença.

Portanto, a baixa escolaridade da população idosa brasileira coloca-a em uma situação de maior risco para a ocorrência de demência, em especial as mulheres por terem uma expectativa de vida mais longa (NITRINI, 1999; 2002).

Salemi et al. (2002) avaliaram o impacto das características sócio demográficas sobre o desempenho cognitivo na população idosa da Itália, encontrando 13,1% de analfabetos do sexo masculino e 14,3% do feminino. A escolaridade de até 5 anos para o sexo masculino foi de 30% e para o feminino de 38%, com 6 a 8 anos de escolaridade a proporção dos homens foi de 34,5% e a das mulheres de 36,5%, enquanto que com 9 anos ou mais de escolaridade o sexo masculino era de 22,4% e o feminino, de 11,2%. Eles concluíram que idade, sexo, escolaridade, categoria de emprego podem estar relacionados ao declínio cognitivo em idosos.

Esses dados mostram que, mesmo em países desenvolvidos, o grau de escolaridade na população idosa é heterogêneo e que a baixa escolaridade é um fator de risco para o desenvolvimento da demência.

A baixa escolaridade e principalmente o analfabetismo poderão ser considerados ainda um fator limitante e incapacitante para a vida do idoso, visto que ele não consegue (ou tem dificuldade em) ler, escrever, entender informações e prescrições, entre outras situações do cotidiano. É fundamental ponderar que o mundo atual é globalizado e informatizado, em que a escolaridade é um auxílio indispensável para a melhoria na condição de vida do idoso. Em relação a essa

exigência, observa-se que apenas 6,3% dos idosos pesquisados têm mais de 8 anos de escolaridade.

Nas décadas de 1950, 1960 e começo de 1970, de acordo com Menezes (2001), a função central das escolas públicas de ensino médio regular, não-profissionalizantes, era principalmente a de preparar, para as universidades, jovens de uma elite cultural, originária da elite econômica e de classes médias em ascensão. Eram escolas altamente seletivas, com exigentes exames de ingresso, como exame de admissão para o acesso ao antigo ginásio, que hoje corresponde à passagem para a quinta série do ensino fundamental, e depois vencer a barreira de acesso ao colegial, clássico ou científico, e ao vestibular, dependendo do tipo de escola superior almejada. Portanto, havia uma série de obstáculos para que o aluno cursasse o ensino fundamental, fase esta considerada importante, porém, inacessível para a maioria dos jovens em decorrência de suas condições sociais e econômicas.

A escola de ensino médio foi uma realidade distante na época em que a população idosa de hoje era jovem. Sobretudo nas áreas rurais, muitos nunca chegaram a freqüentar qualquer escola, parcela menor cursava o ginásio e, dos que completavam essa etapa, alguns ingressavam nos cursos profissionalizantes, como escolas técnicas comerciais e industriais e poucos tinham acesso ao ensino médio regular e ao ensino superior.

O Brasil passou por uma urbanização acelerada, na década de 1950 a população era 80% rural, e hoje, é mais de 80% urbana, sendo esse o principal fator da ampliação do acesso à escola, assim como a conscientização crescente da importância da educação básica (MENEZES, 2001).

Em relação à renda dos idosos, a Tabela 5 mostra que a maior parte dos homens referem ser aposentados, enquanto as mulheres mencionam essa modalidade de auxílio, em menor proporção, mencionando entretanto que possuem outra renda como pensão do marido/cônjuge, uma vez que a maioria delas é viúva.

A pensão por viuvez é um direito do cidadão brasileiro, sendo de valor igual ao último benefício do marido/mulher. Camarano (2003) menciona que 77% das idosas brasileiras em 2000 receberam algum benefício da Seguridade Social, sendo que 94% das viúvas são beneficiadas.

Outro dado de Chaimowicz (1997), é de que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimento da população idosa brasileira. Em 1988, quase 90% dos idosos, aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos, existindo pouca valorização profissional, em parte devido às condições de alfabetização dessa população. Ainda, de acordo com o autor acima, 44,2% da população com 59 anos ou mais, em 1991, não sabiam ler e escrever, e, por conseqüência, os benefícios eram de baixo valor.

É interessante observar, no presente estudo, que a grande maioria dos idosos não tem outras fontes de renda, a não ser a aposentadoria e/ou pensão, consideradas de baixo valor, isto é, cerca de 55% dos idosos pesquisados vivem com renda de até um salário mínimo⁴ sendo a média de 1,4 salários por idoso, tendo as mulheres as menores rendas.

Os resultados deste estudo sugerem que as desvantagens sociais oriundas de fases anteriores da vida dos entrevistados, como as relativas à escola e ao trabalho, continuaram influenciando nas idades mais avançadas.

⁴ Salário mínimo no ano de 2004 era de R\$ 260,00 correspondendo a US\$ 94,9 – www.acinh.com.br/cotação-dezembro-2004.

Isso é corroborado por Menezes (2001), quando refere que as indústrias, por muitas décadas, continuaram empregando grande número de operários subqualificados em suas linhas de montagem, ao lado da construção civil, do saneamento básico e dos serviços domésticos. Esses setores por um período relativamente longo foram os receptores do êxodo da mão-de-obra rural. Foi nos anos 50 que a indústria e agricultura brasileiras cresceram à base de uma baixa remuneração do trabalho decorrente da baixa escolaridade. Assim, os idosos com menor escolaridade, provavelmente tiveram acesso a trabalho menos qualificado, contribuindo para menores salários e aparecimento de doenças. Para Giatti e Barreto (2003), os trabalhadores sem qualificação têm maior probabilidade de apresentarem problemas de saúde do que os de maior qualificação.

Mesmo que a grande maioria dos idosos receba algum benefício, as despesas com alimentação, habitação, tratamento de saúde e medicação, entre outras, fazem com que a renda recebida, muitas vezes, não seja suficiente para atender todas as suas necessidades básicas. Especialmente, ao se considerar que o idoso comumente tem várias comorbidades, portanto_necessitando de mais recursos para o tratamento e os cuidados. Nitrini (1999) refere que, dentre as condições crônico-degenerativas, a demência é uma das mais importantes causas de morbidade. Ela também é considerada uma doença que causa grande dependência ao idoso e que necessita de apoio familiar.

Apesar de a renda de aposentadoria/pensão estar, geralmente, aquém das necessidades, ainda se observa que muitas famílias sobrevivem com os recursos do idoso.

Pode-se observar ainda na Tabela 5 que há duas idosas com renda própria, renda esta decorrente de rendimentos de negócios próprios adquiridos antes da doença.

No momento da pesquisa, nenhum idoso encontrava-se no mercado de trabalho, o que pode ser explicado pelo fato de serem idosos com o diagnóstico de demência, doença que compromete o estado cognitivo. Nesse comprometimento podem estar incluídos os distúrbios de memória, linguagem, atividades psicomotoras, percepção, perda da capacidade de auto cuidar-se, de solucionar problemas da vida diária, entre outros. Esse déficit de memória impede-o de continuar num mercado de trabalho tão competitivo.

Giatti e Barreto (2003) realizaram estudo com 2.886 idosos aposentados, do sexo masculino, que tinham 65 anos ou mais de idade, residentes em regiões metropolitanas brasileiras. Eles constataram que os idosos mais jovens e com menor escolaridade continuavam no mercado de trabalho e, além disso, também observaram que esses idosos apresentavam menor frequência de queixas de doenças crônicas. Resultados idênticos são relatados por Flippen e Tienda (2000).

5.2 DESEMPENHO DOS IDOSOS NO MEEM

As etiologias mais frequentes apresentadas pelos idosos entrevistados foram a doença de Alzheimer seguida pela demência vascular e demência não especificada. Vale e Miranda (2002); Lopes e Bottino (2002) encontraram resultados semelhantes em seus estudos.

No presente estudo optou-se pelos níveis de corte dos escores do MEEM sugeridos, por Brucki et al. (2003), para aplicação padronizada desse instrumento. Versão essa que tem boa aplicabilidade clínica em ambiente hospitalar, ambulatorial e para estudos populacionais. O estudo dos autores está baseado em outros, como os de Bertolucci et al. (1994); Almeida et al. (1998) e Caramelli et al. (1999), em que todos constataram a grande influência da escolaridade, quando comparada ao de Folstein; Folstein; McHugh (1975).

No Brasil, a categorização em menos ou mais de 8 anos de escolaridade feita em estudos como os de Anthony et al. (1982) e Folstein; Folstein; McHugh (1975) preconizaram o nível de corte de 24, considerado, pelos pesquisadores, insuficiente para a população brasileira. Para Bertolucci et al. (1994) o corte de 24 para a população brasileira considerado a maioria de analfabetos, sendo a sensibilidade de 100% e especificidade de 5% e os resultados seriam falsos positivos. Por essa razão, os autores consideraram o valor de corte 13 para analfabetos, o que proporcionou sensibilidade de 82,4% e especificidade de 97,5%.

Para os indivíduos com baixa e média escolaridade os valores seriam, respectivamente, 75,6% e 96,6%. Os melhores resultados ocorrem na população de alta escolaridade (mais de 8 anos), com sensibilidade de 80% e especificidade de 95,6%, que são aos valores preconizados de Anthony et al. (1982).

Para Bertolucci et al. (1994), em se tratando de uma população heterogênea, provavelmente indivíduos com maior atividade intelectual sejam o melhor índice para separação de grupos do que o número de anos de educação formal.

Laks et al. (2003) definiram a pontuação do MEEM global de idosos por faixa etária e escolaridade em uma comunidade do Rio de Janeiro. Eles dividiram a

amostra em idosos jovens de 65 a 84 anos e idosos velhos (os de 85 ou mais anos), e a escolaridade em analfabetos e alfabetizados. O MEEM dos idosos analfabetos, apresentou a média de 17,08 e o dos alfabetizados, a de 22,34. Dos idosos jovens analfabetos e alfabetizados, a média foi de 17,29 e 22,42 respectivamente. No grupo de idosos mais velhos analfabetos e alfabetizados, a média foi de 14,33 e 20,75 respectivamente. Portanto, a escolaridade e idade influenciaram no resultado do MEEM.

Cabe lembrar que, no Brasil, o ensino fundamental foi e é bastante heterogêneo, com características regionais próprias, sem deixar de levar em conta que esses idosos freqüentaram a escola há várias décadas. Isso faz com que os de escolaridade mais baixa tenham um desempenho pior nos testes cognitivos com pontos de corte diferentes, de acordo com a escolaridade, para que essa não comprometa os resultados do teste.

No presente estudo, a grande maioria dos idosos é analfabeta ou tem até no máximo 4 anos de escolaridade, o que pode favorecer o baixo desempenho, aliado ao diagnóstico médico. O nível de escolaridade e a idade associam-se de forma significativa ao desempenho de idosos no MEEM, o que é confirmado em vários estudos, como os de Bertolucci et al. (1994); Almeida (1998); Vale e Miranda (2002); Laks et al. (2003) e Brucki et al. (2003).

Na primeira versão brasileira do MEEM de Bertolucci et al. (1994), no grupo de analfabetos, mesmo obtendo-se boa sensibilidade e especificidade para os cortes, estes se revelaram extremamente baixos, com escore de corte de 13 pontos. Nessa versão, indivíduos normais foram comparados a sujeitos com diferentes causas de comprometimento cognitivo. Outros estudos brasileiros, como os de

Caramelli; Herrera; Nitrini (1999), obtiveram um corte de 18 pontos para analfabetos, comparando-se uma população idosa normal a idosos com diagnóstico de quadro demencial. Para Almeida (1998), o melhor corte para o diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade foi o de 20 e, o melhor ponto de corte para idosos escolarizados seria 24 pontos, como preconizado por Folstein; Folstein; McHugh (1975).

Os pesquisadores nacionais apresentam níveis de corte diferentes para o MEEM, principalmente nos grupos sem escolaridade. Na população com escolaridade de oito anos ou mais, observa-se concordância nos níveis de corte e semelhanças nas médias obtidas nas amostras, tanto em nível nacional como internacional.

É interessante observar na apresentação dos dados da Tabela 7 que, na idade mais avançada, acima de 75 anos, a população pesquisada apresentou a maior frequência de baixo desempenho no MEEM. O sexo masculino, na faixa etária de 75 a 79 anos, apresentou a sua maior frequência de baixo desempenho, enquanto, no feminino a faixa etária foi de 80 a 84 anos. E, nos idosos com 80 anos ou mais, não houve nenhum que conseguisse o escore de alto desempenho do MEEM. Esse resultado é corroborado por Cavalcante e Caramelli (2004), que realizaram estudo com 96 idosos divididos em dois grupos etários, um de 60 a 74 anos e outro de 75 anos ou mais subdivididos de acordo com o nível de escolaridade: analfabetos, de 1 a 3 anos de escolaridade, de 4 a 7 anos e 8 ou mais anos. Os grupos tinham igual número de mulheres e homens. O objetivo era avaliar a influência das variáveis sexo, idade e nível educacional no desempenho de indivíduos idosos saudáveis, tendo o estudo mostrado que o aumento da idade, a

diminuição do nível educacional e o sexo são fatores que influenciam o desempenho do idoso nos testes neuropsicológicos.

Podem-se citar ainda, outros estudos com resultados semelhantes como os de Engelhardt et al. (1998) que encontraram em idosos jovens (65 a 84 anos) e idosos velhos (85 a 108 anos) comprometimento cognitivo em 43,8% e 67,3% do total, respectivamente. Aplicou-se o MEEM nesses idosos e os escores foram de acordo com o nível de escolaridade. O estudo de Laks et al. (2003) corroborou, com os de outros autores nacionais, que a escolaridade e idade influenciam o MEEM, resultados não comparáveis aos de idosos de países desenvolvidos, em decorrência da escolaridade.

No presente estudo, a maior frequência de baixo desempenho nos idosos mais velhos pode estar relacionada à baixa escolaridade dos mesmos, devido a influência da situação político-educacional do país no início e na metade do século XX, lembrando que a maioria dos idosos investigados é originária da zona rural, onde o acesso à escola ainda era mais difícil. Aliado a isso, vale destacar a influência das fases progressivas da demência. Os idosos mais jovens foram os que tiveram a menor frequência de baixo desempenho, o que pode ser explicado pelo melhor nível de escolaridade e pelo fato de se encontrarem na fase inicial da doença, resultados esses que são consonantes com outras pesquisas realizadas no Brasil

5.3 ACIDENTES DOMÉSTICOS

Em relação aos acidentes domésticos, a maioria, 65,5% dos idosos com demência sofreu algum tipo de acidente no domicílio, como pode ser constatado na Figura 3. Esse percentual de ocorrência dos acidentes com os idosos pesquisados pode estar subnotificado por duas razões: a primeira, porque o cuidador, sentindo-se responsável pelo idoso demenciado e pelos acidentes que ocorrem com ele, muitas vezes tem dificuldade em relatar os acidentes; a segunda razão trata-se de uma investigação que envolve questões recordatórias, dificultando trazer à memória acidentes ocorridos nos últimos 12 meses, os quais poderão ser omitidos. Todas as entrevistas foram realizadas com o auxílio de um familiar/cuidador do idoso demenciado. A subestimação de fatos que envolvem questões recordatórias também é apontada por outros autores.

Carter et al. (2000) realizaram estudo sobre acidentes domésticos em idosos com 70 anos ou mais, residentes em uma comunidade da Austrália. Participaram da amostra 425 idosos; desses, 110 referiram algum tipo de acidente. Deste total, 50,5% mencionaram quedas e 49,5% outros tipos de acidentes, como: queimaduras, cortes, pancadas e colisões. O local em que ocorreu o maior número de acidentes foi ao redor do domicílio (30% dos casos), seguido pela cozinha, com 17%, e pelo dormitório, com 15%. As lesões foram, na maioria, leves, sendo que 43% ocorreram nos membros inferiores, seguidos de 39% nos membros superiores. Os idosos que tinham mais de cinco situações de perigo no ambiente doméstico, visitas infreqüentes de familiares e/ou amigos e ainda usavam algum tipo de apoio para caminhar, tiveram pelo menos uma queda e um acidente associados a essas

condições. Os autores também consideraram a possibilidade de subnotificação de acidentes, pelo fato de usarem o método retrospectivo e recordatório das quatro últimas semanas, em uma população com 70 anos ou mais. Entretanto, não foram encontradas na literatura nacional e internacional pesquisas sobre acidentes domésticos com idosos demenciados.

No presente estudo, a maior frequência de acidentes domésticos ocorreu com idosos demenciados na faixa etária de 75 a 79 anos. Mais da metade dos idosos que sofreram acidentes tiveram, pelo menos, um tipo de acidente doméstico.

Nos resultados apresentados sobre a distribuição dos acidentes domésticos em relação ao desempenho dos idosos com demência no MEEM, observa-se que a grande maioria dos acidentes ocorreu com idosos que obtiveram uma classificação de baixo desempenho, o que, provavelmente, uma boa parte dos idosos pesquisados estava entre a fase inicial e a intermediária da doença. É no estágio intermediário que o idoso se encontra mais vulnerável à ocorrência de acidentes, em especial, no domicílio, local onde ele permanece mais tempo.

Os idosos demenciados tendem ainda a apresentar um aumento na perambulação, muitas vezes, acompanhada de alteração de comportamento que os leva a 'remexer gavetas', 'vagar em locais perigosos', como quartos de ferramentas, ruas e outros. A melhor conduta nesse caso é adaptar a casa de modo seguro como, por exemplo, chavear esses lugares a fim de que o idoso não fique exposto ao perigo. Além disso, a perda de coordenação motora aumenta a probabilidade de quedas, muitas vezes associada a fatores ambientais, como: pouco espaço na área de trânsito, tapetes, fios soltos pelo chão, piso escorregadio, degraus, brinquedos pelo chão, entre outros. A atenção com instalações elétricas, intoxicações, objetos

cortantes, água quente, fogo, perder-se na rua, e outros, deve ser avaliada e organizada pelas famílias.

Na fase avançada, o idoso demenciado está mais sujeito aos acidentes do tipo quedas de cadeira e/ou cama, aspiração pulmonar e asfixia entre outros.

De acordo com Luders e Storani (1997); Aisen; Marin; Davis (2001); Sparks (2001) e Caldas (2002), a assistência de enfermagem ao idoso demenciado deve estar baseada nas necessidades de acordo com as fases da doença.

O presente estudo identificou 116 acidentes distribuídos entre 72 idosos, sem considerar as reincidências de cada tipo de acidente. Quase todos os acidentes ocorreram com idosos mais comprometidos cognitivamente, com baixo desempenho no MEEM. Portanto, é atribuição do profissional enfermeiro e demais profissionais da saúde, juntamente com o cuidador e/ou familiar, a identificação dos possíveis riscos de ocorrência de acidentes domésticos com o idoso demenciado, para traçar estratégias de prevenção.

5.4 QUEDAS

Os tipos e a frequência dos acidentes domésticos ocorridos entre os idosos com demência, segundo o sexo, na Tabela 11, constata-se que as quedas foram os eventos de maior frequência no ambiente domiciliar, seguida pelas aspirações/engasgos em quase um terço dos entrevistados, sendo a maior

proporção de ocorrências no sexo feminino, com 64,6%, enquanto no masculino, atingiu 35,4%.

Carvalho e Coutinho (2002) observaram no estudo sobre quedas em pacientes demenciados que 78% delas haviam ocorrido no domicílio.

A grande maioria dos idosos com demência, que sofreram quedas, estava classificado com baixo desempenho do MEEM. Cerca de um terço dos idosos que caíram, estava na faixa etária de 75 a 79 anos de idade, assim como, a maior frequência de baixo desempenho no MEEM.

Um dado relevante é que as quedas representaram mais da metade dos acidentes domésticos entre os idosos com demência. As quedas são um fenômeno multicausal com complexa interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos.

Observando-se os dados da Tabela 12, pode-se verificar que os fatores intrínsecos tiveram predomínio de 154 (63,6%) sobre 88 (36,4%) fatores extrínsecos. Os fatores intrínsecos mais relatados pelos entrevistados foram alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar e fraqueza muscular. Somando o percentual desses três fatores tem-se 57,8% dos fatores intrínsecos relatados. Esses resultados são corroborados por Simpson (1998), terapeuta de reabilitação, que observou que os principais indicadores do risco de queda são as dificuldades com o equilíbrio e com a mobilidade, problemas frequentes no cotidiano do idoso com demência.

O aumento do risco de quedas no idoso com demência decorre da maior probabilidade de ele sofrer distúrbios do controle/motor da marcha, deficiência da percepção, prejudicando a sua capacidade para identificar e evitar os perigos do ambiente, associados à diminuição da capacidade de recuperar-se das perturbações (PERRACINI, 1998; SIMPSON, 1998; MYERS et al., 1996).

Idosos saudáveis tendem a cair durante atividades instrumentais fora de casa enquanto, idosos frágeis, como é o caso dos demenciados tendem a cair em casa durante atividades rotineiras sem grandes exigências sobre o equilíbrio (PERRACINI, 1998).

Carvalho e Coutinho (2002) em estudo nos hospitais do Rio de Janeiro constataram que, dos idosos com demência, 78% acidentaram-se em casa, em contra posição aos 55% daqueles que, sem a doença, também se acidentaram. Para Ranstam; Elffors; Kanis (1996) o risco de fratura de quadril está aumentado em indivíduos com doenças cardiovasculares, Parkinson e demência, dependendo particularmente da competência biomecânica do osso, do risco de cair e do tipo de queda. As disfunções mentais podem aumentar ainda mais o risco, principalmente para os idosos suscetíveis à queda.

Asada et al. (1996) conduziram por um ano estudo prospectivo de quedas entre idosos com o diagnóstico de demência que viviam em uma comunidade japonesa, com atenção especial para os aspectos comportamentais. Os resultados mostraram que pacientes com diagnóstico de demência tinham 6,4 vezes mais relatos de queda do que os controles. Os pacientes demenciados que tiveram quedas com lesões e necessitaram de atendimento médico foram os que apresentaram fraturas, lesões em tecidos moles e outras lesões menores. Em relação às fraturas, os pacientes com a doença de Alzheimer e os que tinham o hábito de perambular apresentaram taxas três vezes maiores do que os sem a doença. Esses índices variam de duas e meia a seis vezes e meia mais risco de queda em idosos demenciados em relação aos não demenciados. Vários estudos apontam uma maior frequência de riscos para quedas, para os demenciados.

Harrison;.Booth; Algase (2001) encontraram que os fatores intrínsecos de risco para quedas em idosos foram a limitação de mobilidade (75%) e o estado cognitivo (58%). Os idosos com demência severa e que ainda deambulavam, quando comparados com outros grupos cognitivos apresentaram modo de caminhar mais rápido, mas com dificuldade no equilíbrio postural. Esse fenômeno expôs os pacientes com demência severa a um risco maior de quedas, porque eles são capazes de andar rápido, mas não têm equilíbrio para desviar de obstáculos ou mudar sua trajetória.

Araújo; Santana; Bachion (2002) pesquisaram 60 idosos asilados com idade de 60 a 105 anos e encontraram a mobilidade física prejudicada em 100% deles. Geralmente essa mobilidade está relacionada ao enfraquecimento músculo-esquelético (76,7%), à força e resistência muscular diminuídas (61,7%) e ao enfraquecimento neuro-muscular (55%), além de dano perceptual ou cognitivo (53,3%). Encontraram também inabilidade deles para mover-se dentro do ambiente físico (83,6%).

Em relação ao uso de medicação os idosos do presente estudo referiram apresentarem efeitos colaterais pelo seu uso. O número de medicações por dia variou de uma a treze, com uma média 4,3 medicações/dia/idoso. Foram relatados 14 sintomas diferentes por 13 idosos, os quais foram: agitação, coriza, diarreia, dor de cabeça, fraqueza, mais ativa, ansiedade, perda de equilíbrio, quedas, sonolência, tontura, mãos trêmulas, desmaio e mal estar gástrico. Muitos idosos faziam uso de anticonvulsivantes, antidepressivos, anti-hipertensivos e de medicações para tratamento da demência e diabetes, entre outras.

Vários estudos também apontaram o uso de medicação como fator de risco para quedas (GUO et al., 1998). Tay et al. (2000) afirmam que idosos do sexo feminino, com 70 anos ou mais, com diagnóstico de demência, que tomam três ou mais tipos de medicação, têm maior risco de sofrer com quedas. Nourhashemi; Rolland; Vellas (2000) corroboram essa informação, afirmando que o idoso com déficit cognitivo, que usa múltiplas medicações e é portador de várias doenças tem o risco de queda aumentado.

Myers; Young; Langlois (1996); Shaw e Kenny (1998) referem que os medicamentos, particularmente os benzodiazepínicos, fenotiazinas e antidepressivos são indicativos de fator de risco para quedas, em pacientes com demência. O mecanismo de ação desses medicamentos causa sedação, hipotensão ortostática e efeitos colaterais extra-piramidais. A prescrição dessas medicações dobra o risco de quedas em pacientes demenciados. No presente estudo, os idosos que apresentaram os sintomas de efeitos colaterais estão em acordo com os descritos pelos autores acima.

Em relação ao número de morbidades de que cada idoso era portador, variou de uma a quinze doenças, resultando numa média de 4,5 morbidades/idoso. O número de morbidades aumentou de acordo com a idade mais avançada, fatores esses predisponentes para o risco de quedas. Dados semelhantes também são apontados em outros estudos.

Para Shaw e Kenny (1998), o paciente que apresenta um quadro de demência, também é portador de outras doenças crônicas, sendo uma das mais comuns, a cardiovascular. A interação medicamentosa de ambas as patologias pode levar o paciente à hipotensão ortostática e à queda. Na demência tipo corpos de

Lewy pela disfunção do sistema nervoso autônomo pode ocorrer um aumento de quedas repetidas.

Luukinen et al. (1999) afirmam que o idoso com demência e desempenho no MEEM de 5 ou menos pontos, idade superior a 70 anos e em uso de medicação psicotrópica está mais exposto aos acidentes com queda.

A AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON FALLS PREVENTION (2001) analisou 16 estudos e chegou aos seguintes resultados, por ordem decrescente de frequência: fraqueza muscular, história anterior de quedas, dificuldade no andar, déficit de equilíbrio, necessidade de auxílio, déficit de visão, artrites, deficiência nas atividades da vida diária, depressão, demência e idade superior aos 80 anos são os fatores mais comuns para o risco de quedas. Esses fatores também são ressaltados na literatura e descritos na presente pesquisa.

A demência afeta indiretamente a densidade óssea, devido ao baixo peso e à desnutrição do idoso. A absorção de cálcio é menor em mulheres devido a fatores hormonais, quando comparada, na mesma faixa etária, aos homens (DARGENT-MOLINA et al., 1996; GUO et al., 1998; CARVALHO; COUTINHO, 2002). Esta deficiência de vitamina D pode estar relacionada à redução da exposição ao sol, o que é resultado de uma vida mais sedentária e reclusa, somada à desnutrição do idoso com demência. Nestes idosos foi constatado, também pelos autores acima, um Índice de Massa Corpórea (IMC) aproximadamente 10% menor que o dos idosos cognitivamente intactos. Guo et al. (1998) recomendam o uso de suplemento de cloreto de potássio para redução do risco de fratura de quadril em pacientes demenciados.

Walter et al. (2003) concluíram que idosos com 75 anos ou mais, com risco para fratura de quadril, são os da cor branca e os demenciados com capacidade ainda de realizar transferência da e para a cama, cadeira, ir ao banheiro sem auxílio de outra pessoa. O estudo mostrou que idosos demenciados têm forte associação entre vaguear e a fratura de quadril e que eles sofrem dos efeitos indiretos da diminuição da densidade mineral óssea, perdem peso e ainda têm desnutrição. Tem-se aqui quase um paradoxo entre prevenir quedas e incentivar a autonomia e independência. Portanto, é necessário desenvolver intervenções ou mecanismos de assistência ao idoso com demência para diminuir o risco de quedas, enquanto se promove uma mobilidade mais tranqüila, calma e com independência.

Em relação à luz acesa durante a noite em cômodo do domicílio, apenas 10 (9,1%) dos idosos entrevistados não mantêm essa prática. São quarto/dormitório, banheiro e hall/corredor da casa, os locais mais citados com luz acesa durante a noite. Esta prática auxilia na prevenção de quedas à noite, pois o idoso tem dificuldade na orientação do tempo e espaço, principalmente à noite, quando ele necessita levantar para ir ao banheiro ou desenvolver outra atividade. Além disso, uma das características dos idosos é trocar o horário do sono, o que requer maior vigilância noturna.

Quanto aos fatores extrínsecos, os mesmos estão relatados na Tabela 12. No que se refere a fatores como risco para quedas, observa-se que foram relatados vários itens relacionados ao piso/superfície por onde o idoso com demência deambula. Pisos escorregadios ou molhados, em desnível, irregularidades com buracos, tapetes soltos e objetos pelo chão, falta de barra ou apoio no banheiro, escada, entre outros. Observa-se um número alto de uso inadequado de calçados, sendo que todos são comprovadamente fatores de risco para queda.

Para Moura et al. (1999), a maioria das quedas é uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que 44% delas ocorrem na presença de perigos ambientais. O ambiente domiciliar tem sido fator de risco de um quarto a um terço de todas as quedas ou lesões por quedas entre idosos. Os autores dividem o ambiente em perigos potenciais persistentes e variáveis como risco para idosos acidentarem-se, o que também pode ser considerado para os idosos com demência. Os autores destacam dentro dos perigos persistentes os armários, pisos irregulares ou escorregadios, ausência de barras no banheiro ou outros locais da casa para o idoso amparar-se, perigo de tropeços, tapetes soltos, roupões longos, escadas e móveis, entre outros, sendo que o idoso necessita mudar de trajeto, com segurança. Entre os perigos variáveis pode-se apontar a baixa luminosidade. Favorecem ainda as quedas o uso de calçados inadequados, como chinelos, tamancos, solados em mau estado de conservação, sapatos não totalmente calçados, além do uso inadequado de bengalas, andadores ou cadeiras de rodas, entre outros.

Para Cesari et al. (2002), o ambiente doméstico com pouca luminosidade, superfície irregular do piso, falta de barras no banheiro podem aumentar a prevalência de quedas em mais de 50%. Avaliação e identificação, no meio ambiente, de seus perigos potenciais ajudam na sua remoção, o que poderá favorecer a mobilidade e segurança do idoso. A avaliação da casa é de importância fundamental, especialmente em se tratando de idosos demenciados ali assistidos. Apenas modificar o ambiente domiciliar, sem intervenção multifatorial, pode ser insuficiente para melhorar os resultados, como é apontado por Simpson (1998). Esse autor refere que os fatores de risco, que costumam atrair mais atenção da equipe de saúde, são os fatores extrínsecos no domicílio, tais como: iluminação

insuficiente, piso escorregadio, tapetes soltos. Além disso, óculos inadequados, calçados mal ajustados e vestuários longos e/ou largos podem atrapalhar a marcha.

A minimização dos perigos domésticos, combinada com o controle dos fatores intrínsecos do idoso, pode diminuir os riscos de quedas. Para Cesari et al. (2002) vaguear, perigos ambientais e problemas no modo de andar, somados, podem aumentar em cinco à seis vezes o risco de cair. Embora as quedas não possam ser tão facilmente prevenidas, os dados mostram que a grande maioria dos fatores de risco são reversíveis.

Carvalho e Coutinho (2002) no estudo com idosos demenciados constataram que a maior parte das quedas tinha ocorrido durante o dia e no próprio domicílio. Aproximadamente metade caiu enquanto caminhavam, contra um quarto dos idosos que referiram ter escorregado ou tropeçado, isto é, a ocorrência foi devido a movimentos bruscos ou imprudentes. A idéia mais evidente é a de que as quedas acontecem por um enfraquecimento ósseo e/ou muscular, ou ainda por uma perda súbita do tônus muscular.

No presente estudo, é grande o número de idosos que caíram da própria altura, levando em consideração o número de fatores intrínsecos como alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar, fraqueza muscular e as vertigens, entre outros, apresentados em maior frequência quando comparados aos fatores extrínsecos. Por outro lado, observando-se fatores extrínsecos, como piso escorregadio ou tropeço, que são situações acidentais, a queda pode ter ocorrido devido ao enfraquecimento ósseo e/ou muscular; o que é coerente quando se observa a frequência dos fatores intrínsecos, condizente com as condições clínicas dos idosos.

Nos dados apresentados na Tabela 13, pode-se observar que a grande maioria dos idosos caiu da própria altura, seguidas pelas quedas da cama, poltrona/cadeira. Esses resultados são coerentes quando se observa o local do domicílio em que ocorreu a queda. É no dormitório/quarto em que mais aconteceram as quedas, seguido pelo quintal da casa e os banheiros. Na cozinha o índice é bem menor, provavelmente porque esses idosos estão mais afastados dos afazeres domésticos, devido à sua condição clínica (Tabela 14). Simpson (1998) observou que a maior parte das quedas ocorreu com idosos capazes de ficar em pé, mas que apresentavam anomalias da marcha, sendo raras as quedas de idosos com boa forma física, assim como dos que estão confinados ao leito.

Rapport et al. (1998) e Guo et al. (1998) referem que uma simples mudança de um móvel, o acréscimo de um degrau ou até a mudança para outra casa podem significar aumento no risco de quedas, devido à dificuldade de memorização de informações novas para idosos com demência. Apraxia, agnosia, desorientação espacial e deterioração das funções executivas também podem estar relacionadas às quedas. Idosos com demência tendem a agir de modo mais arriscado e inadequado, podendo cair. Levando-se em conta o presente estudo, muitos idosos com demência haviam mudado de endereço, visando a um remanejo familiar e para atender-lhes as necessidades e as da própria família, podendo todos esses fatores contribuir para quedas e fraturas entre os idosos.

Carvalho e Coutinho (2002) verificaram que as quedas com idosos aconteceram principalmente no próprio quarto, na sala e na área externa. 20% dos idosos com demência caíram no banheiro contra 7,8% dos que não tinham essa doença.

De acordo com os resultados desta pesquisa, os pacientes com demência apresentaram uma frequência maior de quedas e fraturas, sendo suas causas o comprometimento da atenção e da memória, com destaque para a memória recente, o que dificulta a adaptação do paciente a ambientes novos ou modificados. O déficit cognitivo pode levar o paciente a uma avaliação errônea de suas capacidades e dos perigos, expondo-o a acidentes.

No presente estudo, em relação às conseqüências das quedas, os idosos referiram medo de cair novamente, necessidade de hospitalização e alguns necessitaram, após a queda, de auxílio nas atividades da vida diária, havendo ainda aqueles que apresentaram depressão e ficaram acamados, entre outros.

Em relação ao medo de cair, um pouco mais de um terço dos idosos referiu esse temor, tendo sido encontrados valores semelhantes por Gostynski et al. (1999).

Devido ao grande número de idosos que referiram medo de cair novamente, Gentleman e Malozemoff (2001) organizaram grupos psicossociais com esses idosos para aumentar-lhes a auto-confiança e a satisfação de viver, podendo com isso melhorar sua capacidade de lidar com o mesmo. A idade média dos idosos era de 75 anos e os encontros eram semanais. Participaram dos grupos idosos institucionalizados e que tinham história de quedas no ano anterior. A temática era quedas e sensações, sendo que cada membro do grupo expressava sobre sua experiência com o acidente. O medo de cair é risco para futuras quedas, pois ele pode conduzir ao declínio das funções e interações sociais bem como diminuir a satisfação de viver e a autoconfiança. Os comentários que emergiram dos participantes sobre a sensação acerca da queda foram 'estúpido', 'péssimo', 'parece solavanco'. Eles também sugeriram estratégias de prevenção, como não ter pressa, ter seu próprio tempo, caminhar lento, manter a mente ocupada com o que vai fazer,

estar mais alerta, pedir ajuda, haver luminosidade suficiente. Foram considerados obstáculos que favorecem as quedas, animais de estimação, fios e pisos escorregadios. Após 10 semanas de intervenção, os idosos melhoraram a auto-estima, a socialização e o desejo de viver, ficando demonstrada a importância de serem trabalhados os aspectos psicológicos do idoso, que podem contribuir para a prevenção de acidentes e para evitar a depressão, comum nessas circunstâncias.

Para Cesari et al. (2002), a depressão é uma condição clínica, muitas vezes não identificada ou tratada adequadamente na população idosa, estando fortemente correlacionada com alta tendência para queda, podendo o exercício físico melhorar a capacidade do modo de andar e do equilíbrio, auxiliando na deambulação.

Quanto aos dados apresentados neste estudo, as conseqüências mais freqüentemente encontradas foram os ferimentos na cabeça que necessitaram de pontos, seguidos pelas lesões/ferimentos nos membros superiores e inferiores. As fraturas foram em membros inferiores, superiores e em vértebra, chamando atenção o grande número de traumas na cabeça, que podem levar à conseqüências mais severas.

No estudo de Doorn et al. (2003), dos idosos com demência que tiveram quedas, 59,5% não apresentaram lesões, 2,8% tiveram fraturas, 31% tiveram lesões de tecidos moles e 6,7%, outros tipos de lesão. Idosos com demência requerem maior supervisão por parte do cuidador, pois um maior número de quedas pode resultar em co-morbididades, custos e mortalidade.

Rowe e Fehrenbach (2004), em estudo feito nos Estados Unidos com idosos demenciados moradores na comunidade, que sofreram acidentes no domicílio referem que, em conseqüência disso, eles foram hospitalizados. Nesses acidentes, estão incluídas as quedas, que podem, pelo seu impacto, mudar o curso da doença

e o cotidiano do idoso e da família. As quedas resultaram em fraturas em 61% dos idosos hospitalizados e 35% tiveram lesões em partes moles. Dos idosos com demência que foram hospitalizados em consequência dos acidentes domésticos, a maioria (65%), após a alta hospitalar, em vez de retornar ao lar, foi institucionalizada. Tjiang et al. (2004) também constataram que o idoso com demência, após a cirurgia do quadril, foi institucionalizado, em decorrência do grau de dependência.

No Brasil, a institucionalização dos idosos com demência ainda não é freqüente, pois existe uma cultura em que a família deve assumir esse idoso e, no país, ainda não existe instituição especial que atenda idosos dependentes com demência. Outro fator é o econômico, uma vez que a maioria das famílias não dispõe de recursos, tornando-se geralmente dispendioso manter um idoso em clínicas geriátricas privadas. Além disso, o governo, nos seus diferentes níveis, não oferece esse tipo de instituição à idosos dependentes.

O horário diurno foi aquele em que ocorreu o maior número de quedas com o idoso demenciado. A maior freqüência foi das 12 às 18 horas e, a seguir, das 6 às 12 horas. Em terceiro lugar está o horário das 18 às 24 horas e, por fim, a menor freqüência estando no horário das 24 às 6 horas. O idoso com demência está mais susceptível a quedas quando em movimento, deambulando, fazendo alguma atividade, as mulheres nas tarefas domésticas, o que justifica o número maior de quedas durante o dia. Resultado semelhante foi encontrado no estudo brasileiro de Carvalho e Coutinho (2002) em que a maioria das quedas (89,8%) ocorreu nos períodos da manhã, tarde e noite e a minoria (10,2%), na madrugada. O estudo americano de Aharonoff et al. (1998) constatou que a maioria dos idosos caiu à luz do dia, com predomínio no horário das 12 às 18 horas, tempo em que o idoso se envolve com o preparo de refeições. Jensen et al. (2002) por sua vez, estudaram os

idosos fragilizados e demenciados, moradores em casas específicas e que recebem supervisão e cuidados da equipe do serviço de saúde. Cerca de 27% das quedas ocorreram durante a noite, no horário das 21 às 6 horas da manhã e 28% ocorreram quando o idoso foi ao banheiro. As quedas são mais freqüentes após as refeições da noite, no horário de ir ao banheiro e na hora de levantar da cama pela manhã, nas caminhadas e atividades em movimento. A menor freqüência de quedas no horário das 24 às 6 horas pode ter explicação no fato de muitos idosos com demência fazerem uso de fraldas descartáveis à noite. No que se refere aos períodos do ano em que mais aconteceram as quedas com os idosos demenciados, foram os meses de dezembro a fevereiro e setembro a novembro. Esses períodos, em Ribeirão Preto, são temperados de chuvas; principalmente o período de dezembro a fevereiro, que, além disso, é a época do ano em que há muitas festas, o que deixa o idoso com demência mais sujeito a quedas devido a vários fatores sociais.

No período chuvoso, o piso fica molhado, escorregadio; o quintal, e as calçadas não são apropriados. Acrescentem-se a isso ainda o uso inadequado de calçados, e a dificuldade de sair de casa, por causa da chuva, fatores esses que também levam a um maior isolamento do idoso. As festas envolvem movimento, afazeres domésticos, aglomerado de pessoas num mesmo local, dificultando o trânsito e a orientação espacial do idoso com demência, fatores suficientes para aumentar-lhe o risco de queda.

Aharonoff et al. (1998) referem o estudo de Lau et al. (1995), em que esses autores constataram o aumento de quedas durante o período de inverno, tanto no sexo feminino quanto no masculino, com o pico maior no meio do inverno, quando cai a neve. Observaram ainda que, nessa estação, as poucas horas de luz solar e o

sol baixando no horizonte resultam na diminuição de acuidade visual, aumentando a probabilidade de quedas. A realidade climática da região onde o presente estudo foi realizado é diferente. No Brasil há pouca diferença entre as estações do ano, principalmente em termos de temperaturas climáticas e intensidade de luz solar, predominando temperaturas elevadas e dias de céu claro, quase não havendo dias de frio com temperaturas abaixo dos 10° C, nublados ou sombrios.

Contudo, variações sazonais podem influenciar nas incidências de quedas e/ou nos acidentes em geral em idosos com demência. O padrão sazonal da incidência de quedas e fraturas tem influência multifatorial, como a diminuição da luz solar, hipotermia em locais, desnutrição e adição de outros fatores de risco.

Doorn et al. (2003) estudaram demência como fator de risco para quedas e lesões decorrentes de quedas entre idosos residentes em *Nursing Home*, nos Estados Unidos. Para os autores, os idosos com demência caem mais do que os sem demência, mas o maior número de quedas não resulta, necessariamente, em lesões. Os idosos com demência estão o tempo todo expostos à apresentar lesões decorrentes de quedas. A taxa de queda no idoso com demência foi de 4,05% idoso/ano, enquanto a do idoso sem demência foi de 2,33% idoso/ano. Esse índice de queda ao ano em idoso com demência varia dependendo do local em que o idoso vive como mostra o estudo a seguir.

Gostynski et al. (1999) em análise epidemiológica de quedas, nos últimos 12 meses, em idosos com demência, depressão e em idosos incapacitados de Zurique e Genebra, constataram que os que moravam em casas tinham índices de quedas estimados em 27 a 32%, subindo para 38% em moradores de asilos e em clínicas geriátricas para 44,9% a 53%. Entre os idosos que moram em casa foram

comprovadas diferenças nos índices de queda entre homens e mulheres. As mulheres caíram 1,5 vezes mais que os homens. Idosos asilados têm 2,5 vezes mais risco de queda do que os que moram em casa na comunidade, não tendo sido constatado diferença significativa do risco de queda entre os sexos nos moradores de asilos e clínicas geriátricas.

Esses autores constataram que os homens de 65 a 74 anos, que residem na área urbana, tinham índice inferior de quedas em relação às mulheres, fenômeno este provavelmente ligado a maior tarefa doméstica das mulheres nessa idade. Os afazeres domésticos envolvem certas atividades corporais que elevam o risco de queda, o que pode justificar a não diferença nos índices do risco de queda entre os sexos para os moradores em asilos e clínicas geriátricas, pois, nesses locais, as mulheres não se envolvem, ou se envolvem menos, com aquelas tarefas.

As mulheres, que exercem mais atividades estão mais propensas ao risco de quedas, idéia corroborada por Tay et al. (2000). Eles observaram, no hospital psiquiátrico em Singapura, que, à medida que as mulheres idosas demenciadas foram submetidas a um aumento no número e na complexidade de suas atividades, sofriam mais quedas.

No presente estudo também foram as mulheres que mais apresentaram quedas, e a explicação pode estar relacionada a vários argumentos, entre eles os dos autores acima citados.

Carvalho e Coutinho (2002) recomendam algumas medidas preventivas como: maior atenção aos pacientes com o diagnóstico de demência, com o ambiente domiciliar, principalmente no quarto e banheiro, e atenção redobrada para os que já tiveram queda e os que fazem uso de medicamentos.

A diversidade de fatores de risco é complexa e ampla, portanto, as intervenções preventivas necessitam ser abrangentes. Os idosos precisam ser considerados como uma população mais sujeita a acidentes, necessitando assim, de uma atenção especial para a identificação desses fatores. Ao observar a literatura, fica evidente que investir em estratégias para mudar os riscos ambientais tem, de imediato, efeitos potenciais de prevenção.

5.5. ASPIRAÇÕES E ENGASGOS

As aspirações e os engasgos atingiram quase a metade dos idosos com demência que sofreram algum tipo de acidente, sendo as mulheres que apresentaram o maior índice de aspirações e de engasgos, tanto em número quanto na proporcionalidade: 46 mulheres em comparação a 26 homens. Bilton (2000) concluiu em uma pesquisa que os eventos da deglutição apresentam mudanças com o avançar da idade, mas com adaptações compensatórias, sem interferir no aspecto funcional. Por outro lado, a autora alerta os profissionais da Gerontologia que os idosos com redução da função cognitiva podem apresentar dificuldades no seu cotidiano, havendo necessidade de adaptações, conforme a fase da doença e dos problemas apresentados.

Dificuldades da deglutição podem trazer várias complicações, principalmente, tratando-se de um idoso com demência, por exemplo, alterações do estado nutricional e de hidratação, assim como a possibilidade de aspirações e dos engasgos evoluírem para complicações como por exemplo, as pneumonias.

A maioria dos estudos realizados sobre as complicações decorrentes de aspirações/engasgos em idosos com demência foi de autópsias, como relatado por Oghalai (2002) e Matsure et al. (1996).

Os engasgos e as aspirações de alimentos para vias aéreas podem resultar em quadros de pneumonia e/ou outras complicações do trato respiratório. Os idosos com demência estão com suas funções cognitivas e físicas diminuídas, as quais podem interagir com as mudanças do envelhecimento. Muitas vezes, por essas razões, o idoso com demência não conseguiu fazer as adaptações e/ou as compensações necessárias para ter um processo de deglutição sem complicações, sendo que um idoso saudável consegue fazê-las.

Com relação aos 110 idosos com demência entrevistados neste estudo, 32 (29,1%) apresentaram acidentes de aspirações/engasgos; alguns apresentaram tais eventos durante a ingestão de líquidos, outros, durante a refeição com alimentos sólidos e ainda há aqueles (6) em que isso ocorreu tanto na ingestão de líquidos como na de sólidos.

Segundo Kendall et al. (2000) e Bilton (2000), a idade não interfere no processo complexo do movimento de deglutição, ocorrendo apenas pequena lentidão, mas interfere na pressão criada entre a língua e o palato, na sensação de olfato e paladar, no tempo de abertura do esfíncter faringoesofágico que diminuem. Nos idosos assintomáticos há uma alteração da função que, entretanto, não causa incapacidade para deglutir. Durante o processo de deglutição, o bolo alimentar é propelido para o esôfago e a faringe é completamente obliterada pela base da língua, que encosta-se a sua parede posterior. Esse movimento é fundamental para

o sucesso da deglutição. Um contato incompleto entre a faringe e a base da língua resulta em resíduo alimentar após a deglutição, que pode ser aspirado.

Durante o período da deglutição a laringe faz movimentos que permitem a elevação e a descida da laringe. Esse movimento laríngeo é fundamental para o fechamento da via aérea, facilitando a passagem do bolo alimentar. Falha nesse movimento laríngeo resulta em aspiração (BILTON, 2000).

Os idosos com demência, conforme os autores anteriormente citados, não conseguem fazer as adaptações necessárias ao processo de deglutição, o que os predispõem aos acidentes de aspiração/engasgos, o que pode acontecer com qualquer produto ingerido, tanto líquido como sólido, como aconteceu com os idosos do presente estudo.

Os idosos com demência que mais freqüentemente relataram os acidentes de aspirações/engasgos foram os que obtiveram baixo desempenho no MEEM, isto é, os do sexo feminino e da faixa etária de 75 a 79 anos. Portanto, o comprometimento cognitivo está diretamente ligado ao risco de sofrer acidentes com aspirações de partículas para o pulmão. Nenhum idoso que engasgou estava deitado quando isso ocorreu; a maioria estava sentada. Bockholdt; Ehrlich; Maxeiner (2003) investigaram 12 mortes causadas pela asfixia da aspiração de alimentos em idosos na Alemanha; sete homens e cinco mulheres, portadores de seqüelas de traumas neurológicos e demência. Em seis casos, as vítimas faleceram em curto espaço de tempo após serem alimentadas por familiares ou pessoas da equipe de enfermagem. Os sinais clínicos de aspiração foram cianose intensa, congestão, sufocamento, bem como reações não claras de sofrimento.

Nos dados dos indivíduos demenciados registraram-se conseqüências leves como tosse, falta de ar, não havendo, porém, nenhum registro de óbito decorrente das conseqüências, após engasgo e aspiração.

Os estudos sobre os acidentes com aspirações/engasgos em idosos com demência são escassos, porém, os relatos baseiam-se nas autópsias realizadas a partir de óbitos ocorridos por obstrução das vias aéreas por alimentos e aspiração de partículas para o pulmão (MATSUSE et al. 1996; MIYASAKA et al., 1996; OGHALAI, 2002; BOCKHOLDT et al., 2003).

Uma avaliação da deglutição e do grau de disfunção da mesma, assim como a consistência adequada do alimento e a postura apropriada para a deglutição, é importante para evitar as aspirações e os engasgos nos idosos com demência. Muitas vezes são necessárias intervenções terapêuticas, reabilitação de deglutição, higiene oral, entre outras. O profissional da área da saúde deve estar sempre atento ao processo de deglutição do idoso demenciado, pois são freqüentes nesses idosos pequenos episódios de aspiração que podem não serem reconhecidos no momento da alimentação, também chamada de aspiração oculta. O acúmulo de material aspirado pode causar uma inflamação crônica da parede dos bronquíolos, pela reação ao corpo estranho. Portanto, o idoso demenciado precisa de uma constante avaliação de suas condições no decorrer do processo de deglutição.

5.6 QUEIMADURAS

No presente estudo as queimaduras representaram 6,9% do total de acidentes, cabendo às mulheres 6,7%, entretanto, quando se observa a proporcionalidade entre os sexos, são os homens que apresentaram o maior percentual, 7,3%. Alguns estudos também referem os homens com o maior percentual, quando comparados às mulheres (VIDAL-TRECAN et al., 2000; COLVILLE; BERRY, 2000).

Ao verificar os idosos com demência que sofreram acidentes de queimaduras, observa-se que dos 110 entrevistados, 8 (7,3%) foram vítimas desse evento, taxas essas que podem ser consideradas baixas, levando-se em consideração outros estudos. Porém, ao verificar o número médio desse evento 4,25 queimadura/idoso/ano, o mesmo pode ser considerado alto.

Ho; Ying; Chan (2001) e Wibbenmeyer et al. (2001) em estudos realizados, em Hong Kong e Washington, respectivamente, com vítimas de queimaduras encontraram de 8,8 a 11,1% de idosos, entre todas os queimados admitidos na unidade de Queimados. Enquanto, pesquisa realizada em Ribeirão Preto, SP, por De-Souza et al. (2002) encontrou 4,6% de idosos entre as vítimas de queimaduras atendidos na Unidade de Queimados.

Em relação ao idoso com demência que sofreu queimaduras e o seu desempenho no MEEM sobressaíram os de baixo desempenho, com exceção de uma idosa que obteve alto desempenho. Esses dados mostram que o comprometimento cognitivo dos idosos aliado a uma idade em que eles ainda

podem fazer algumas atividades da vida diária, deixa-os com maior risco para acidentes, porque eles são incapazes de tomar consciência do perigo e de reagirem frente a ele. A faixa etária com maior frequência de acidentes com queimaduras foi a de 75 a 79 anos, provavelmente porque nas faixas etárias iniciais do envelhecimento, o idoso está em melhores condições de saúde e do desempenho cognitivo, portanto, com menor risco de acidentes. A demência é uma doença progressiva, à medida que aumenta a idade do idoso, poderá comprometer cada vez mais o seu desempenho no MEEM. Portanto, os idosos que estão nas faixas etárias mais avançadas poderão ter pior desempenho no MEEM, assim como passarem a maior parte do tempo restrito à cadeira e/ou ao leito, razão pela qual se envolvem menos em acidentes. Embora, idealmente não deva permanecer muito tempo no leito e/ou cadeira.

Ao analisar a proporcionalidade desse evento entre os sexos, observa-se que, no sexo masculino, ocorreram mais queimaduras que no feminino, sendo que os estudos de Huyer e Corkiun (1997); Vidal-Trecan et al. (2000); De-Souza (2002) encontraram maior frequência de queimaduras entre os homens.

A grande maioria das queimaduras causadas nos idosos com demência está relacionada às atividades de preparo dos alimentos, o que pode ser constatado ao observar os agentes etiológicos causadores de queimaduras. Dentre as causas têm-se o contato direto com panelas, frigideiras, fogo/chama, fogão, churrasqueira, líquidos escaldantes, alimentos e equipamentos elétricos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Hertog; Blankendaal; Hag (2000) em estudo realizado na Holanda com 84 idosos (55 anos e mais), vítimas de queimaduras, que declaram ter boa saúde. Desses, 43% responderam ter se

queimado com fogo ou chama, 42%, com líquidos escaldantes e 13%, com contato direto com objeto quente. A metade dos idosos havia-se envolvido em queimaduras durante as atividades de preparo dos alimentos. Queimaduras em menor frequência foram relatadas durante o preparo de café, chá e outras atividades domésticas. A maioria das queimaduras foi originária de fogo na vestimenta, durante o ato de cozinhar, o que é corroborado por Redlick et al. (2002), quando referem que os acidentes por queimaduras são de 50% por líquidos escaldantes e 25% por chamas.

Soltani; Zand; Mirghasemi (1998) investigaram as causas e a mortalidade de pacientes que haviam sofrido lesões por queimaduras no Irã. A causa mais comum de acidente foi queimadura por querosene e gás explosivo; a segunda por água quente de *boiler*. O uso do fogão a querosene para cozinhar contribuiu para o aumento de vítimas adultas, e a maior frequência de acidentes eram entre as pessoas analfabetas. Nesse estudo, apenas 7% das pessoas queimadas tinham mais de 60 anos de idade.

No estudo realizado por Vidal-Trecan et al. (2000), na França, com idosos de 65 anos ou mais, foram os homens que mais sofreram queimaduras por chamas nas mãos, com uso de churrasqueiras, acendedores de fogo e aquecedores. As queimaduras foram mais frequentes e severas na área rural. Para esses autores é comum os idosos terem alta dependência, baixa mobilidade, tempo de reação diminuído e deficiência no julgamento, o que pode resultar em queimaduras severas. Muitos idosos têm baixa escolaridade, menor acesso a informação sobre prevenção, o que os predispõe a um maior risco de acidente.

Para melhor entender a ação térmica que causa a queimadura na pele, é importante expor o que Cerovac e Roberts (2000) escrevem sobre esse mecanismo.

A necrose da pele, da epiderme em adulto acontece em menos de um segundo se a temperatura da água estiver em 70°C, em aproximadamente 40 segundos a 54°C e, em 5 minutos, a 50°C.

Para cada 1°C a menos na temperatura dentro do índice de 51-44°C, o tempo para necrosar a epiderme dobra. Na temperatura de 60°C de reação normal o tempo é de 8 segundos para estímulo doloroso inesperado em adulto jovem saudável. Essa temperatura é considerada segura, porque é tempo suficiente para retirar do calor, sem sofrer prejuízos, a área de contato. Em idosos com problemas neurológicos o tempo de resposta ao calor é demorado, portanto, a temperatura deve permanecer entre 41 a 45°C, com média de 43 °C (CEROVAC; ROBERTS, 2000).

Os autores acima sugerem que essa é a temperatura ideal da água para ser distribuída à população, nas torneiras, chuveiros e banheiros, principalmente nos locais em que vivem os idosos demenciados e as crianças. Aconselham o uso de dispositivos de segurança nas torneiras da água quente, para evitar água escaldante.

No presente estudo, devido às condições climáticas da região serem de clima tropical, o uso de água quente em torneiras não faz parte do cotidiano da população.

Em relação à queimadura causada por cigarro, foi relatado um caso, por Harper e Dickson (1995) na Inglaterra, de um idoso com demência que, ao acender o cigarro, deixou-o cair sobre o braço da poltrona a qual incendiou-se, ocasionando graves queimaduras.

O ideal seria o uso de mobília e materiais não inflamáveis, detector de fumaça em dormitórios de idosos, principalmente nos demenciados, maior controle com o uso de sedativos em idosos fumantes, bem como uso de acendedor sem chamas.

Nesta pesquisa, quanto aos locais do corpo atingidos pelas queimaduras, quase na sua totalidade foram em membros superiores, o que é coerente com os dados encontrados na literatura, que apontam que as causas de queimaduras, na maioria das vezes, estão ligadas a atividades de preparo de alimentos. A maior frequência ocorreu na mão direita, uma vez que a maioria era destra. As queimaduras relatadas, na maioria das vezes, foram de pequenas extensões e sem gravidade, havendo apenas uma hospitalização. A maioria dos idosos com demência investigados estava acompanhado por pessoas que prestam cuidados aos mesmos.

Soltani; Zand; Mirghasemi (1998) referem que, nos idosos com idade entre 61 a 80 anos, a extensão média da queimadura foi de 54% e a taxa de mortalidade, de 71%, ao passo que pessoas com mais de 80 anos tiveram 63% de extensão corporal queimada e 75% de taxa de mortalidade. As maiores taxas da superfície corporal queimada e índice de mortalidade estavam nessas duas faixas etárias. O estudo não menciona qual era o estado de saúde do idoso antes do acidente. Vidal-Trecan et al. (2000) relatam que o local do corpo com a maior frequência de queimaduras foram as mãos.

As queimaduras em idosos com demência, neste estudo, ocorreram com maior frequência nos meses de dezembro a fevereiro, meses de verão, o mesmo tendo sido relatado por Soltani; Zand; Mirghasemi (1998).

Campanhas em folhetos, palestras, e programas de televisão e adequação da legislação referente à prevenção de queimaduras devem ser incluídas nas políticas de saúde.

5.7 CORTES E FERIMENTOS

Os resultados mostram que os acidentes com objetos cortantes em idosos com demência tiveram pouca ocorrência, sendo semelhante a distribuição desse evento entre os sexos. Todos os idosos que sofreram acidentes com objetos cortantes tinham baixo desempenho no MEEM e a faixa etária com maior número de acidentes é a mesma de outros tipos de acidentes já relatados, 75 a 79 anos.

Quanto aos acidentes causados por cortes, ferimentos, o sexo feminino apresentou a maior frequência, mas, na proporcionalidade, foi o masculino.

Rowe e Fehrenbach (2004) pesquisaram as lesões ocorridas com 153 idosos com demência. Desses, 35% sofreram lesões superficiais na pele, e o restante sofreu fraturas, luxações, entorses, distensões e contusão cerebral.

Ferrando et al. (2005) pesquisaram a relação entre o nível socioeconômico e os acidentes nas diferentes idades e em ambos os sexos, em Barcelona na Espanha. Considerando todas as causas de acidentes, eles concluíram que a maior incidência de acidentes ocorre nas faixas etárias mais jovens e que esses vão diminuindo com o aumento da idade, apresentando maior incidência em pessoas com grau de escolaridade não acima do primário, residentes em condomínios

fechados e desempregados. Essa tendência é similar nos acidentes de trânsito, cortes/ferimentos e contusões, mas não em quedas, pois as taxas de quedas aumentam com o avançar da idade. Os autores acima encontraram cerca de 20% de acidentes de cortes, ferimentos e contusões e em torno de 23% de outros acidentes não especificados, mas nos quais não estão incluídos as quedas e os acidentes de trânsito. Esses percentuais referem-se a todas as idades, não especificando o autor a faixa etária em que ocorreram os acidentes.

Lee e Kim (1997) realizaram um estudo na Coreia e encontraram em torno de 39% de acidentes de quedas, que causaram dilacerações, contusões, distensões e abrasões, sendo partes anatômicas mais atingidas por esses traumas foram a face, membros superiores e inferiores.

Hamzaoglu e Janson (2002) pesquisaram a incidência e as causas dos acidentes domésticos de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, na Turquia, encontrando 22% de acidentes causados por cortes por meio de facas, tesouras e alfinetes. Para esses autores as causas dos acidentes domésticos são três: humana, ferramentas e ambiente. Nas humanas estão os fatores físicos, psicológicos e educacionais. O baixo grau de escolaridade predispõe o indivíduo ao risco de acidente, e, no momento do mesmo, muitas vezes, a conduta adotada não é a mais adequada, devido à falta de informação. Nas ferramentas estão o mau funcionamento delas ou a falta de conservação do equipamento doméstico e dos materiais utilizados, e os fatores ambientais. Os membros superiores foram as regiões do corpo mais atingidas (44%), sendo que 33% ocorreram na cozinha.

No presente estudo, o horário em que mais ocorreram acidentes com cortes e ferimentos foi o das 06 às 12 horas, horário de preparo de alimentos, do café da

manhã e do almoço, e, muitas vezes, da higiene pessoal e do cuidado com a aparência física como fazer a barba (quando podem ocorrer cortes e ferimentos). Portanto, os locais do domicílio em que se registraram o maior número de acidentes foram a cozinha e o banheiro.

No estudo de Hamzaoglu e Janson (2002) o horário de maior frequência de acidentes foi das 14 às 20 horas e no de Lee e Kim (1997), o horário foi o das 13 às 18 horas, ambos os estudos tendo envolvido todas as faixas etárias. A diferença de resultados entre esses autores e o presente estudo pode estar nas diferenças das populações pesquisadas e dos hábitos culturais de cada povo.

5.8 INTOXICAÇÕES E INGESTA DE CORPOS ESTRANHOS

Os resultados sobre os acidentes com intoxicações apontam que a maioria dos idosos com demência sofreu esse dano por medicações ingeridas. Esses idosos, quanto ao desempenho no MEEM, estão classificados no baixo desempenho, com exceção de uma idosa.

A maioria deles está na faixa etária de 75 a 79 anos, representando sérios agravos à sua saúde os efeitos clínicos da intoxicação medicamentosa. As razões para esses acidentes podem estar ligadas ao quadro demencial, em que o idoso apresenta comprometimento cognitivo, ao fato de muitas vezes a medicação ficar ao seu alcance, assim como a não ter supervisão na hora de tomar a medicação. Outro fato é que o idoso ingere várias medicações ao dia, fatores esses que favorecem os acidentes por intoxicação medicamentosa.

Rowe e Fehrenbach (2004) em pesquisa feita com idosos demenciados constataram que 40% deles tomavam duas ou mais medicações ao dia, sendo as medicações mais referidas os diuréticos (41,6), anti-hipertensivos (26%), antidepressivos (15%), entre outras.

Rozenfeld (2003) refere que os idosos são passíveis de acometimento simultâneo de disfunções em diferentes órgãos ou sistemas e, portanto, candidatos ao multiuso de medicações. Os desdobramentos adversos da polifarmacoterapia favoreceram sinergismos e antagonismos não desejados. O descumprimento das prescrições dos produtos clinicamente essenciais e o uso de medicações supérfluas podem levar o idoso a sérias conseqüências, por exemplo, o estado de coma. O idoso com demência está mais propenso a intoxicações por medicamentos, pelo multiuso dos mesmos e pelo seu estado cognitivo.

Quanto ao acidente de ingestão de corpo estranho, uma idosa com baixo desempenho no MEEM, na faixa etária de 65 a 69 anos, ingeriu pedaços de sabão, substância comum encontrada no ambiente doméstico. O idoso com demência está sujeito a comer outras substâncias não comestíveis, como papel, plantas ornamentais, entre outras. A literatura faz referência a duas idosas com demência que ingeriram embalagens para acondicionar medicações (IZUMISATO et al., 1998). O motivo desse acidente pode estar em consonância com o estado clínico do idoso que não consegue perceber a diferença entre os diversos produtos, portanto, estão mais sujeitos aos acidentes, uma vez que o nível de cognição está prejudicado.

5.9 PREVENÇÃO

Os resultados do questionamento aos familiares/cuidadores sobre a prevenção de acidentes mostraram que a metade deles referiu que os acidentes poderiam ter sido evitados dando-se maior atenção ao idoso demenciado e um número quase igual acredita ser impossível evitá-los.

A demência pode aumentar o risco de acidentes pela deficiência no julgamento, marcha, percepção espaço-visual e capacidade de reconhecer e avaliar os perigos.

Na revisão da literatura, a maioria dos autores, quando se refere à prevenção de acidentes, cita as quedas, mas essas considerações podem ser extensivas a outros tipos de acidentes.

Gostynski et al. (1999) referem que é consenso geral de que as quedas acontecem por uma complexa interação entre fatores intrínsecos, específicos e individuais, como o enfraquecimento muscular, déficit cognitivo, medicamentos e/ou fatores extrínsecos, como calçados impróprios, tapetes escorregadios, entre outros. Mas esses fatores podem ser eliminados ou modificados, por exemplo, através da retirada de tapetes soltos, da mudança ou adequação da dosagem de medicamentos.

Cesari et al. (2002) concluíram, no estudo, que muitos fatores de risco para quedas são potencialmente modificáveis, principalmente a depressão,

comportamento de vaguear, instabilidade no modo de andar, falta de segurança no ambiente domiciliar.

Quando os familiares/cuidadores respondem que é impossível evitar os acidentes, eles têm motivos para acreditar nisso, pois Asada et al. (1996) referem que pacientes idosos demenciados, com habilidade física preservada, podem oferecer maior resistência para receber cuidados, auxílios e supervisão nas atividades da vida diária, contribuindo para o aumento de quedas e acidentes.

Os familiares/cuidadores, que não tomaram nenhuma precaução após o primeiro acidente, tiveram essa atitude porque desconheciam como prevenir futuros eventos.

Deery; Day; Fildes (2000) referem que programas preventivos de acidentes, conduzidos por educadores e/ou profissionais da saúde, podem levar o idoso a ter mais ações preventivas contra os acidentes. Esses programas darão ao idoso e familiares/cuidadores um maior nível de conhecimento que os impulsionará à ações preventivas.

Doorn et al. (2003) recomendam uma supervisão direta e a manutenção de métodos básicos para a prevenção de quedas, o que pode ser extensivo aos outros tipos de acidentes. Tais métodos são: assegurar que o idoso com demência use calçado adequado, avaliar sinais e sintomas de debilidade e tontura; avaliar a fase da doença no idoso, o local onde ele vive e quais são os riscos de acidentes nesse ambiente; aumentar a supervisão nos idosos com maior risco para acidentes, reduzir continuamente os perigos do ambiente, administrar medicamentos que ativam a mineralização óssea, como suplemento de vitamina D e cálcio; vigiar a

administração de medicamentos psicotrópicos e eliminar as medicações inadequadas ou excessivas.

Independente da estabilização da demência, é necessário aumentar o controle sobre os fatores de risco e implantar estratégias de prevenção de acidentes para essa população.

As sugestões que os familiares/cuidadores apresentaram para evitar os acidentes domésticos foram vigiar e dar mais atenção ao idoso com demência; porém, igual número de respondentes referiram não ter informações sobre atitudes preventivas mostrando o quanto é necessário disponibilizar e implantar programas educativos visando a prevenção de acidentes.

Para Clemson; Cumming; Roland (1996), a avaliação dos perigos no domicílio, e as recomendações de modificações desse ambiente era prática dos profissionais da terapia ocupacional com idosos. Porém, hoje, essa prática também está sendo incorporada por outros profissionais da área da saúde, interessados em avaliar a segurança doméstica e com subseqüentes ações para tornar o ambiente mais seguro, evitando os acidentes na população idosa.

Perracini e Ramos (2002) referem que, mesmo diante do crescente interesse pela faixa etária idosa, pouco se tem feito no plano da prevenção e no da reabilitação. No âmbito da atenção pública, existe um descompasso entre a rapidez com que se está vivendo a transição demográfica e epidemiológica e as ações de atenção à saúde, cuja situação atual é simplesmente a de arcar com o ônus dos eventos que poderiam ser evitados.

Apesar dessa situação, sem dúvida, existem fatores evidentes de que há possibilidade de melhora desse panorama por meio de programas educativos de prevenção de acidentes.

Ferreti e Bertolucci (2002) referem que as demências por suas características multifacetadas, a assistência à saúde não deva apenas ser dirigida ao paciente, mas também à família e ao ambiente. Portanto eles consideram fundamental a utilização de um modelo de assistência que busque executar um trabalho de educação com as famílias acerca da doença, sua evolução e de como prevenir as complicações.

Redlick et al. (2002) afirmam que investir em programas de prevenção de acidentes faz a diferença nos resultados. Esses autores desenvolveram programas de prevenção de queimaduras em idosos. A maioria desses idosos (95%) referiu que o programa de prevenção poderá ser útil e a televisão, jornais e cartazes foram os meios de informações preferidos para a prevenção.

Rowe e Fehrenbach (2004) acreditam que os programas de prevenção acidentes devem incluir treinamentos contínuos, aumento do exercício físico, ajuste de medicamentos e melhora na segurança do ambiente doméstico.

Moller (2005) refere que os órgãos governamentais e os gestores de saúde precisam investir recursos financeiros em programas de prevenção de acidentes com quedas, pois, com o envelhecimento da população, esse tipo de acidente é freqüente e consome boa parte dos serviços de saúde, aumentando as despesas, tanto do Estado como da família, além de comprometer a saúde do idoso.

Os familiares/cuidadores são as pessoas que prestam a maior parte dos cuidados aos idosos com demência, o que geralmente ocorre no próprio domicílio

dos mesmos. Daí a importância de investir em instrumento de avaliação que favoreça aos cuidadores/familiares e profissionais de saúde, a identificação dos fatores de risco de acidentes.

Com base nas sugestões dos entrevistados e na literatura, disponibilizar-se-á aos profissionais da saúde e aos familiares/cuidadores um protocolo de avaliação do risco de queda no ambiente doméstico do idoso, podendo esse protocolo auxiliar no estabelecimento de estratégias de prevenção de quedas. A opção pelo protocolo de avaliação sobre o risco de quedas deu-se por ser este acidente mais freqüente entre os idosos desta pesquisa. O protocolo encontra-se no Anexo E.

Recomendam-se outras pesquisas na área, pois os idosos com demência estão aumentando cada dia, nos serviços de saúde e, em termos de cuidados com os mesmos, ainda existem muitas lacunas.

6 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A transição demográfica e epidemiológica denota o envelhecimento populacional no país. Com o aumento da expectativa de vida, há maior possibilidade de o idoso apresentar múltiplas condições de doença crônica, maior período de incapacidade e, conseqüentemente, a dependência.

As doenças crônicas podem perdurar por mais de 20 anos, exigindo equipe multiprofissional qualificada. Dentro das múltiplas doenças crônicas encontram-se as demências, que são consideradas síndromes clínicas de declínio cognitivo.

O aumento da prevalência das demências tem amplas implicações sobre a assistência à saúde e o planejamento econômico do país, devendo todos os segmentos da sociedade prepararem-se para o atendimento dessa demanda, bem como adequarem-se a esse fim.

O indivíduo com perda de memória, acrescida ao processo de envelhecimento, à diminuição da coordenação motora, da acuidade visual e da auditiva, entre outras dificuldades fica mais exposto à ocorrência de acidentes.

O declínio das funções cognitivas compromete a segurança do indivíduo, deixando-o mais susceptível a diversas situações de risco à saúde no cotidiano, dentre elas, os acidentes domésticos, responsáveis pelo aumento de problemas como incapacidade, dependência, morbidade e mortalidade, que ocasionam prejuízos ao indivíduo, família e à sociedade.

Os acidentes domésticos ganham importância dentre os vários perigos ambientais, considerando-se que os idosos demenciados passam a maior parte do tempo no ambiente domiciliar.

Os acidentes domésticos mais freqüentes foram as quedas, os engasgos e as aspirações de partículas de alimentos para o pulmão, queimaduras, cortes e ferimentos, intoxicações por medicamentos e ingesta de corpo estranho.

A maior freqüência do número de idosos encontrava-se na faixa etária de 75 a 79 anos, que também foi a faixa com a maior freqüência de acidentes domésticos, em ambos os sexos.

O benefício da aposentadoria é fundamental para a população brasileira idosa, que, apesar de restrita, é a fonte mais comum de renda dos idosos.

A grande maioria dos idosos pesquisados apresentou um baixo nível de escolaridade, máximo até quatro anos, o que é comum a muitos outros idosos brasileiros. A baixa escolaridade é um fator de risco para as demências, portanto, são idosos mais susceptíveis a esse tipo de doença.

No teste de desempenho no MEEM, 91% dos idosos pesquisados obtiveram escores para a classificação de baixo desempenho apenas 9% para a de alto desempenho, o que pode levar essa população a um maior risco para acidentes. Idosos com déficit cognitivo têm dificuldade de avaliar situações de perigo, reflexos e tempo de reação mais lento, dificuldade na memorização de informações novas, entre outras.

O sexo feminino teve melhor desempenho no teste do MEEM do que o masculino, apesar da maior escolaridade neste sexo. Os idosos na faixa etária de 75

a 79 anos e com baixo desempenho no MEEM foram as maiores vítimas de quedas, sendo o tipo de acidente doméstico que ocorreu com mais frequência entre os idosos, sob influência de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Fatores intrínsecos como alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar, fraqueza muscular, tontura, vertigem, perda do tônus postural sem perda da consciência foram os itens mais relatados para a ocorrência da queda no idoso demenciado.

Para os fatores extrínsecos, as referências mais citadas foram o uso inadequado de calçados (chinelos, calçado de solado liso, solto no pé), piso escorregadio, presença de degraus, buracos e banheiro sem barras e/ou apoio.

Aliados a esses fatores, os idosos ainda faziam multiuso de medicamentos e, muitas vezes, tinham suas condições físicas comprometidas por outras doenças.

O tipo de queda mais relatado foi a da própria altura e a da cama, as consequências mais referidas foram medo de cair novamente, hospitalização e necessidade de auxílio nas atividades da vida diária. Os traumatismos decorrentes das quedas foram ferimentos na cabeça, que necessitaram de sutura e lesões em membros.

Os locais de maior ocorrência das quedas foram dormitórios, quintais e banheiros. O horário das 12 às 18 horas e os meses de dezembro a fevereiro foram os mais referidos, sendo que a média de quedas foi de quatro ao ano/idoso.

Os acidentes com engasgos e aspirações de partículas de alimentos para o pulmão foram numericamente expressivos entre os idosos com demência. A maioria dos acidentes por queimaduras foi causada pelo contato direto com objetos quentes

como panelas, frigideiras e outros, bem como, pelo contato com o fogo e a chama, sendo as partes do corpo mais atingidas a mão direita e membros superiores em geral.

Os acidentes por corte e ferimentos foram causados por facas, giletes, maçanetas, entre outros. A mão foi a parte do corpo mais atingida. Os acidentes por intoxicação foram causados por medicamentos, levando o idoso ao estado clínico de coma.

Apresentar baixo desempenho no MEEM e estar na faixa etária de 75 a 79 anos e na de 80 a 85 anos ou mais foram características marcantes para o idoso estar envolvido em algum tipo de acidente doméstico.

Os idosos demenciados com idade acima de 85 anos sofreram menos acidentes. Eles, provavelmente, estão em piores condições físicas e menores condições de envolver-se com os afazeres domésticos, ficando mais restritos à cadeira e/ou ao leito. Nas faixas etárias anteriores a de 75 a 79 anos o idoso, provavelmente, se encontra em melhores condições físicas, clínicas e cognitivas, podendo ainda discernir a diferença entre a segurança e o perigo.

Um fato chama a atenção: quando perguntado sobre a época do ano em que ocorreu o acidente, a maior frequência está próxima do período em que ocorreram as entrevistas ou nesse período. Por tratar-se de questões recordatórias, os períodos mais distantes das ocorrências da data da entrevista podem estar esquecidos, ficando, portanto, difícil, nessa questão, avaliar a sazonalidade.

No presente estudo, as consequências dos acidentes domésticos nos idosos demenciados variaram desde acidentes sem lesões até lesões com consequências

mais graves. Não houve relato de acidentes domésticos com morte. Entre os idosos que sofreram acidentes domésticos alguns necessitaram de cuidados caseiros, outros cuidados médicos. Dentro dos cuidados médicos estão os idosos demenciados que precisaram de internação hospitalar, sofreram fraturas e passaram pelo estado de coma, entre outros.

Essas conseqüências podem deixar o idoso demenciado com mais limitações, incapacidades para o desempenho das atividades da vida diária. Conseqüências essas, que podem significar maior investimento pessoal e financeiro no cuidado, por parte da família e da sociedade.

Portanto, este estudo mostra que, na área de prevenção de acidentes domésticos, os profissionais necessitam de estudos e estratégias específicos para essa população. Os cuidadores/familiares acreditam que muitos acidentes poderiam ser evitados, porém, não têm conhecimento de como devem proceder. É importante realizar avaliações periódicas do estado clínico e cognitivo do idoso demenciado, juntamente com a avaliação do ambiente domiciliar para diminuir os riscos de acidentes nessa população.

No intuito de contribuir na promoção da saúde da população idosa e com base nos resultados obtidos, apresento à seguir as implicações deste estudo para a prática assistencial, ensino e pesquisa na área de cuidado ao idoso demenciado:

- Os profissionais de saúde e familiares/cuidadores necessitam de instrumentos de avaliação para uso na prática cotidiana de promoção da saúde do idoso.

- Inclusão da temática *acidentes domésticos* em idoso com demência no ensino formal e informal.

- Elaboração de outras pesquisas na área, pois os idosos com demência estão aumentando cada dia e ainda existem muitas lacunas do conhecimento a serem preenchidas.

- Apresentação de um protocolo de avaliação dos fatores de risco para quedas dos idosos no domicílio, (ANEXO E).

- O protocolo de avaliação dos fatores de risco para quedas é constituído de duas etapas: avaliação das condições clínicas do idoso com demência e avaliação do ambiente em que ele vive. Esta avaliação pode ser realizada pelos profissionais de saúde e/ou cuidadores/familiares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON FALLS PREVENTION Guideline for the prevention of falls in older persons. **IAGS**, v. 49, n. 5, p. 664-672, 2001.

AISEN, P. S.; MARIN, D. B.; DAVIS, K. L. **Doenças de Alzheimer: perguntas e respostas**. 2ª ed. Espanha: Atlas Medical Publishing, 2001. p.19-34.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, set..1998.

AHARONOFF, G. B.; DENNIS, M. G.; ELSHINAWY, A.; ZUCKERMANN, J. D.; KOVAL, K. Circunstances of falls causing hip fractures in the elderly. **Clin. Orthop. Related Res.**, n.348, p.10-14, 1998.

ASADA, T.; DAIYA, T.; KINOSHITA, T.; ASAKA, A.; MORIKAWA, S.; YOSHIOKA, M.; KAKUMA, T. Predictors of Fall-related injuries among Community-dwelling Elderly-related With Dementia. **Age and ageing**, v.25: p.22-28, 1996.

ANTHONY, J. C.; LE RESCHE, L.; NIAZ, U.; VON KORFF, M. R.; FOLSTEIN, M. F. Limits of the mini-mental state as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. **Psychol. Med.**, v. 12, p. 397-408, 1982.

ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F.; BACHION, M. M. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 19-25, 2002.

BARRETTO, E. S. S.; MITRULIS, E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no país. **Rev. Estudos Avançados**, v.15, n. 42, p. 103-140, 2001.

BENSON, C.; LUSARDI, P. Neurologic antecedents to patient falls. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 27, n. 6, p.331-337, 1995.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiatr.**, v. 52, p.1-7, 1994.

BILTON, T. L. **Estudo da dinâmica da deglutição e das suas variações associadas ao envelhecimento, avaliados por vídeodegluteosofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos**. São Paulo. 2000. 88f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

BOCKHOLDT, B.; EHRLICH, E.; MAXEINER, H. Forensic importance of aspiration. **Leg. Med**: v.5 suppl. 1: p.311-4, 2003 Mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS** – Brasil, segundo Lista de Morbidade CID-10. Período:jan-dez/2003. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso: em 15/09/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96**. Brasília, 1996.

BRITO, F. C.; COSTA, S. M. N. Quedas. In: NETTO, M. P.; BRITO, F.C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 323-335.

BRITO, F. C.; NETTO, M. P. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: BRITO, F. C.; NETTO, M. P. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 23-34.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Org.). **Antropologia. Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51-71.

CAMACHO, A. C. L. F. Consulta de Enfermagem ao paciente idoso com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice: apresentação do instrumento de avaliação. **J. Bras. Neuropsiquiatr. Geriátr.**, v. 3, n. 1, p. 8-14, 2002.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Rev. Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CANTERA, I. R.; DOMINGO, P. L. Acidentes e quedas. In: _____. **Geriatria: guias práticos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Mc Grawhill, 1996. p. 203-211.

CARAMELLI, P.; HERRERA, JR.E.; NITRINI, R. O mini-exame do estado mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, p.11-17, 1999. supl.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Conduta diagnóstica em demência. In: FORLENZA, O.; ALMEIDA, O. **Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 107-119.

CARTER, S. E.; CAMPBELL, E. M.; SANSON-FISHER, R. W.; GILLESPIE, W. J. Accidents in older people living at home: a community- based study assessing prevalence, type, location and injuries- **Austr. N. Z. J. Public Health**, v. 24, n. 6, p. 633-636, 2000.

CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 448-454, ago. 2002.

CAVALCANTE, K R.; CARAMELLI, P. Evaluation of the performance of normal elderly in a protocol of gesture production: influence of age, gender and education. **Arq. Neuro- Psiquiatr.**, v. 62, p. 188, 2004. supl. 2.

CEROVAC, S.; ROBERTS, A. H. N. Burns sustained by hot bath and shower water. **Burns**, v. 26, p.251-259, 2000.

CESARI, M.; LANDI, F.; TORRE, S.; ONDER, G.; LATTANZIO, F.; BERNABEI, R. Prevalence and risk factors for falls in an older community – dwelling population. **J. Gerontol.: Med. Sci.**, v. 57A, n.11, p. M722-M726, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abril 1997.

CLEMSON, L. M.; CUMMING, R. G.; ROLAND, M. Case-control study of hazards in the home and risk of falls and hip fractures. **Age and Ageing**, v. 15, p. 97-101, 1996.

COLVILLE, R. J. I.; BERRY, R. B.. A small contact burn injury requiring upper limb amputation. **Burns**, . v. 26, p. 656-658, 2000.

CORDING, C. J.; VALLARO, G. M.; DELUCA, R.; CAMPORESE, T.; SPRATT, E. A fatalitu due to accidental pinesol ingestion. **J. Anal. Toxicol.**, v. 24, n. 7, p. 664-7, Oct. 2000. [Abstract Medline]

COSTA, M. F. L.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol. do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v .57, n. 1, p. 78-83, mar. 1999.

DARGENT-MOLINA, P.; FAVIER, F.; GRANDJEAN, H.; BAUDOIN, C.; SCHOTT, A.M.; HAUSHERR, E.; MEUNIER, P.J.; BREART, G. Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study. **Lancet**, v.348, n.20, p.145-149, 1996.

DEAN, J. et. al. **Epiinfo 6 version 6.04** d.j.: computer programs for epidemiology. Atlanta: Division of Surveillance and Epidemiologycs Studies /Epidemiology Programs Office/Center for Disease Control, 2001.

DEERY, H. Á.; DAY, L. M.; FILDES, B. N. An impact evaluation of a falls prevention program among older people. **Accident Anal. Prevention**, v. 32, p. 427-433, 2000.

DE-SOUZA, D. A.; MANÇO, A. R. X.; MARCHESAN, W. G.; GREENE, L. J. Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southeast of Brazil from 1991 to 1997. **Burns**, v. 28, p. 107–114, 2002.

DONMEZ, L.; GOKKOCA, Z. Acident profile of older people in Antalya City Center, Turkey. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 37, p. 99-108, 2003.

DOORN, C.; GRUBER-BALDINI, A. L.; ZIMMERMAN, S.; HEBEL J. R.; PORT, C. L.; BAUMGARTEN, M.; QUINN, C. C.; TALER, G.; MAY, C.; MAGAZINER, J. Dementia as a Risk factor of falls and fall injuries among nursing home residents. **JAGS**, v. 51, n. 9, p. 1213-1218, 2003.

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT. **Multidimensional functional assessment: the OARS methodology**. Durham, NC.: Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978.

EAKER, E. D.; MICKEL, S. F.; CHYOU, P.; MUELLER-RIZNER, N. J.; SLUSSER, J. Alzheimer disease on other dementia and medical care utilization. **Ann. Epidemiol**, v. 12, p. 39-45, 2002.

ENGELHARDT, E.; LACKS, J.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V.M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev. Psiq. Clín.**, v.25: p.74-79, 1998.

FELICIANO, A.B. **A situação do idoso de baixa renda na Região Cidade Aracy – São Carlos. SP**: um estudo epidemiológico. Ribeirão Preto. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERRANDO, J.; RODRIGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C.; MARTINEZ, V.; PLASÈNCIA, A. Individual and contextual effects in injury morbidity in Barcelona (Spain). **Accident Anal. Prevention**, v. 37, p. 85-92, 2005.

FERRETTI, C. E. L; BERTOLUCCI, P. H. A enfermagem no contexto das demências: um modelo assistencial. **Alzheimer Hoje**, v.3, n.2, p.8-13, 2002.

FILLENBAUM, G. G.; PIEPER, C. F.; COHEN, H. J.; CORNONI-HUNTLEY, J. C.; GURALNIK, J. M. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. **J. Gerontol.**, v. 55A, n. 2, p. M84-M89, 2000.

FLIPPEN, C.; TIENDA, M. Pathways to retirement: Patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, Hispanic origin, and sex. **J. Gerontol.**, v. 55B, p. 514-527, 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, p.189-198, 1975.

FRIES, J. F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **Bull. WHO**, v. 80, p. 3, p. 245, March 2002.

GALAL, S. Working with families to reduce the risk of home accidents in children. **EMHJ**, v. 5, n. 3, p. 572-582, 1999. [Abstract Medline].

GELLER, L. N.; REICHEL, W. A doença de Alzheimer: aspectos biológicos. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 176-184.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, mai.-jun. 2003.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERA, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2000. p. 11.

GOSTYNSKI, M.; AJDACIC-GROSS, V.; GUTZWILLER, F.; MICHEL J.P; HERRMANN, F. Epidemiologische Analyse der Stürze Bei Betagten in Zürich und Genf. **Schweiz. Med. Wochensh.**, v. 129, n. 7, p. 270-275, 1999.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. S.; SILVA, A. R.; FABRÍCIO, S. C. C.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Avaliação prospectiva do idoso demenciado que teve queda. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 11, p. 147-152, 2002.

GUERREIRO, T.; CALDAS, C. P. **Memória e demência: (re)conhecimento e cuidado**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001. 206 p.

GUO, Z.; WILLS, P.; VIITANEN, M.; FASTBOM, J.; WINBLAD, B. Cognitive impairment, drug use, and the risk of hip fracture persons over 75 years old: a community-based prospective study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 148, n. 9, p. 887-892, 1998.

HAMZAOGLU, O.; JANSON, S. Incidence and causes of home accidents at Ankara Giziltepe Apartments in Turkey. **Accident Anal. Prevention**, v. 34, p.123-128, 2002.

HARPER, R. D.; DICKSON, W. A. Reducing the burn risk to elderly persons living in residential care. **Burns**, v. 21, n. 3, p.205-208, 1995.

HEBERT, L.E.; SCHERR, P. A.; MC CANN, J. J.; BECKETT, L. A.; EVNS, D. A.. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? **Am. J. Epidemiol.**, v. 153, p. 132-136, 2001.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine**. Boston: Little, Brown, 1987. p. 16-29.

HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

HERRERA, JR. E. **Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 1998.

HERTOG, P. C.; BLANKENDAAL, A. C. M.; HAG, S. M. Burn injuries in the Netherlands. **Accident Anal. Prevention**, v. 32, p. 335-364, 2000.

HO, W. S.; YING, S. Y.; CHAN, H. H. A study of burn injuries in the elderly in a regional burn centre. **Burns**, v. 27, p. 382-385, 2001.

HUYER, D. W.; CORKIUN, S. H.. Reducing the incidence of tap – water scalds: strategies for physicians. **CMAJ**, v. 156, n. 6, p. 841-844, Mar. 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Base Ribeirão Preto– SP., São Paulo.

_____. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil**. 2001. São Paulo, 2001.

IOKOI, Z. M. G. Alfabetização de crianças, jovens e adultos no município de Diadema. **Rev. Estudos Avançados**, v. 15, n. 42, p. 187-200, 2001.

IZUMISATO, Y.; TAKAHASHI, T.; HIRASHIMA, T.; KUROIWA, K.; HINO, Y.; NORO, T.; HASHIMOTO, H. Two elderly patients with intestinal perforation caused by press-through package. **Nippon Ronen Igakkai Zasshi**, v. 35, n. 11, p. 861-864, Nov. 1998. [Abstract, Medline].

JACOB FILHO, W.; HOJAIJ, N. H. S. Avaliação clínica do idoso em estado crítico. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 35-42.

JENSEN, J.; LUNDIN-OLSSON, L.; NYBERG, L.; GUSTAFSON, Y. Falls among frail older people in residential care. **Scand. J. Public Health**, v. 30, p. 54-61, 2002.

KENDALL, K. A.; MCKENZIE, S.; LEONARD, R. J.; GONÇALVES, M. I.; WALKER, A. Timing of events in normal swallowing: a videofluoroscopic study. **Dysphagia**, v. 15, p. 74-83, 2000.

KERTESZ, A. MOHS, R.C. Cognition. In: GAUTHIER, S. (Ed.). **Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease**. 2. ed. London: Martin Dunitz Ltd., 2001.

LAKS, J.; BATISTA, E. M. R.; GUILHERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; FIGUEIRA, I.; ENGELHARDT, E. O mini exame do estado mental em Idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LAU, E.M.C.; GILLESPIE, B.B.; VALENTI, L.; O'CONNELL, D. The seasonality of hip fracture and its relationship with weather conditions in New South Wales. **Aust. J. Public. Health**, v. 19, p. 76-80, 1995.

LEE, H. S.; KIM, M. J. A study on fall accident. **Tachan Kanho**, v. 36, n. 5, p. 45-62, 1997 Nov-Dec. [Abstract, Medline].

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-69, mar. 2002.

LUDERS, S. L. A.; STORANI, M. S. B. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: NETTO, M. P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 146-159.

LUUKINEN, H.; VIRANO, F.; KOSKI, K.; LAIPPALA, P.; KIVELA, S. L. Head injuries and cognitive decline among older adults: a population-based study. **Neurology**, v. 52, n. 3, p. 557-562, 1999.

LYKETSOS, C. G.; STEELE, C. D.; STEINBERG, M. Transtornos comportamentais na demência. In: GALLO, J. et. al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos do envelhecimento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 166-175.

MATSUSE, T.; OKA, T.; KIDA, K.; FUKUCHI, Y. Importance of diffuse aspiration bronchiolitis caused by chronic occult aspiration in the elderly. **Chest**, v. 110, n. 5, p. 1289-1293, 1996 Nov.

McRAE, T. D. Avaliação e tratamento do delirium e da demência. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 154-175.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLEIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Análise por tipo de doença ou agravo. In: _____. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. p. 203-220.

MENEZES, L. C. O novo público e a nova natureza do ensino médio. **Rev. Estudos Avançados**, v. 15, n. 42, p. 201-208, 2001.

MIYASAKA, H.; MORI, H.; SAIKAWA, T.; SHIRAI, T.; KONDO, T.; IMAI, H.; MIZUMO, Y. A 78-year-old man with young onset parkinsonism and sudden death. **No To Shinkei**, v. 48, n. 5, p. 487-495, May 1996. [Abstract, Medline].

MOLLER, J. Current costing models: are they suitable for allocating health resources? The example of all injury prevention in Australia. **Accident Anal. Prevention**, v. 37, p. 25-33, 2005.

MORLEY, J. E.; PERRY, M. H.; MILLER, D. K. Something about frailty. Editorial. **J. Gerontol.: Med. Sci.**, v. 57A, n. 11, p. M698-M704, 2002.

MOURA, R. N.; SANTOS, F. C.; DRIEMELER, M.; SANTOS, L. M.; RAMOS, L. R. Quedas em Idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia**, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999.

MYERS, A. H.; YOUNG, Y.; LANGLOIS, J. A. Prevention of falls in the elderly. **Bone**, v. 18, n. 1, p. 875-1015, 1996. Supplement.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 26, n. 5, p. 262-267, 1999. Ed. Especial.

_____. Demência e doença de Alzheimer no Brasil. **J. Bras. Neuropsiquiatr. Geriátr.**, v. 3, n. 1, p. 6-7, 2002.

NOURHASHEMI, P.; ROLLAND, Y.; VELLAS, B. Prevention of falls and their consequences. **Presse Med.**, 24; n.22, p. 1249-1254, 2000.

NORUSIS M.J. **STATISTICAL PACKAGE OF SOCIAL SCIENCE (SPSS)** Version 11.5, Michigan, 1999.

OGHALAI, J. S. Aspiration of a dental appliance in a patient with Alzheimer disease. Letter. **JAMA.**, v. 288, n. 20, p. 2543-4, 2002 Nov.

OMRAN, A. R.. **The epidemiologic transition in the Americas**. Washington – D.C.: Pan-American Health Organization, World Health Organization, University of Maryland at College Park, 1996. p. 14-206.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças - CID-10**. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2001. p. 8-9.

_____. **Classificação Internacional de Doenças - CID-10**; Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1993. v. 1, v. 891-1013.

_____. **Classificação Internacional de Doenças - CID-10**– Critérios diagnósticos para pesquisa. Tradução Maria L. Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 47-57.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 63; 271.

PERRACINI, M. R. Equilíbrio e controle postural em idosos. **Rev. Bras. Postura Movimento**, v. 2, n. 4, p. 130-142, 1998.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. London. England, 1987. 327 f. Thesis (Doctor) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RANSTAN, J.; ELFFORS, L.; KANIS, J. A. A mental-functional risk score for prediction of hip fracture. **Age and Ageing**, v. 25, p. 439-442, 1996.

RAPPORT, L. J.; HANKS, R. A.; MILLIS, S. R.; DESHPANDE, S. A. Executive functioning and predictors of falls in the rehabilitation setting. **Arch. Phys. Med Rehabil.**, v. 79, p. 629-633, 1998.

REDLICK, F.; COOKE, A.; GOMEZ, M.; BANFIELD, J.; CARTOTTO, R.C.; FISH, J.S. A survey of risk factors for burns in the elderly and prevent strategies. **J. Burn Care Rehabil.**, v.23, n. 5, p. 351-356, 2002.

ROCHA, F. L.; CUNHA, U. G. V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. **Arq. Bras. Méd.**, v. 68, n. 1, p. 9-13, 1994.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado dos idosos que tiveram “Queda”**. Ribeirão Preto. 1993. f.203 Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

_____. **Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer**. Ribeirão Preto. 1997. 137f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R. Prevenindo acidentes domiciliares. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 439-445.

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MENDES, M. M. R. Estratégia para o cuidado domiciliar de idosos com doença de Alzheimer. **Gerontologia**, v. 3, n. 2, p. 73-80, 1995.

ROWE, M. A.; FEHRENBACH, N. Injuries sustained by community-dwelling individuals with dementia. **Clin. Nurs. Rev.**, v. 13, n. 2, p. 98-116, 2004.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados a mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, mai.-jun. 2003.

SALEMI, G.; REGGIO, A.; MORGANTE, L.; GRIGOLETTO, F.; PATTI, F.; MENEGHINI, F.; ARIDON, P.; PERRI, R. D.; SAVETIERI G. Impact of sociodemographic characteristics on cognitive performance in na elderly sicilian population. **Neuroepidemiology**, v. 21, p. 44-49, 2002.

SAVAGE, T.; MATHEIS-KRAFT, C. Fall occurrence in a geriatric psychiaty setting before and after a fall prevention program. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 27, n. 10, p. 49-55, 2001.

SAVONITTI, B. H. R. de A. Cuidando o idoso com demência. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 421-438.

SHAW, F.E; KENNY, R. A. Can falls in patients with dementia be prevented? **Age Ageing**, v. 27, p. 7-9, 1998.

SIMPSON, J. M. Instabilidade postural e tendência às quedas. In: _____. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo, Ed. Santos, 1998. cap. 15.

SOLTANI, K.; ZAND, R.; MIRGHASEMI, A. Epidemiology and mortality of burns in Tehran, Iran. **Burns**, v. 24, p. 325-328, 1998.

SPARKS, M. Assessment and management of Alzheimer's disease. **Adv. Practice Nurs.**, v. 1, n. 2, 2001. [Medscape Nursing, Medscape, 2001].

STONE, M.; AHMED, J.; EVANS, J. The continuing risk of domestic hot water scalds to the elderly. **Burns**, v. 26, p.347-350, 2000.

TAY, S. E. C.; QUEK, C. S.; PARIYASAMI, S.; ONG, B.C. S.; WEE, B. C. M.; YEO, J. L.; YEO, S. G. Fall incidence in a state psychiatric hospital in Singapore. **J. Psychosc. Nurs. Mental Health Serv.**, v. 38, n. 9, p. 10-6, 2000.

TJIANG, G. C.; KOPPERT, C. L.; HERMANS, E. T.; POELHEKEKE, L. M.; DAWSON, I. Replacement of the femoral head due to fracture of the hip: prognostic factors for the duration of hospitalization, institutionalization and mortality. **Ned. Tijdschr. Geneeskd.** v. 148, n. 12, p. 599-600, 2004.

TROMP, A. M.; PLUIJM, S. M. F.; SMIT, J. H.; DEEG, D. J. H.; BOUTER, L. M.; LIPS, P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 54, p. 837-844, 2001.

VALE, F.A. C.; MIRANDA, S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary out patient clinic. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n.3 A, p.549-552, 2002. Sept.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1994. p. 200-220.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; CHAVES, P. H.. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil.** 2002. 64f. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/download/premio.pdf>. Acesso em: set/2002.

VERNON, M. S. Acidentes com o idoso. In: GALLO, J. J.; BUSBY-WHITE-HEAD, J.; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A.; MURPHY, J. B. (Ed.). **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 555-562.

VIDAL-TRECAN, G.; TCHERNY-LESSENDT, S.; GROSSIN, C.; DEVAUX, S.; PAGES, M.; LAGUERRE, J.; WASSERMANN, D. Differences between burns in rural and in urban areas: implications for prevention. **Burns**, v. 26, p. 351-358, 2000.

WALTER, L. C.; LUI, L. Y.; ENG, C.; COVISKY, K. E. Risk of hip fracture in disabled community living older adults. **JAGS**, v. 51, n. 1, p. 50-55, 2003.

WELKER, J. A.; ZALOGA, G. P. Pine oil ingestion: a common cause of poisoning. **Chest**, v. 116, p.1822-1826, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO, 1984, **Technical Report**.

_____. **Carta de Ottawa para la promoción de la saúde, 1986**. Disponível em: <http://www.who.cartaottawa>. Acesso em: 01/04/2003.

_____. **1990 World Health Statistics**. Annual vital and causes of death. Geneva: WHO, 1990. Series 706.

WIBBENMEYER, L. C.; AMELON, M. J.; MORGAN, L. J.; ROBINSON, B. K.; CHANG, P. X.; LEWIS, R.; KEALEY, G. P. Predicting survival in an elderly burn patient population. **Burns**, v. 27, p. 583-590, 2001.

Obs: Tese normatizada de acordo com ABNT: NBR 10520/2002; NBR 14724/2002 e NBR 6023/2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

FERRER, M. L. P. **Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos que vivem na comunidade no município de São Paulo, SP**. São Paulo, 2003. 83f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

KRON, M.; LOY, S.; STURM, E.; NILOLAUS, T.; BECKER, C. Risk indicators for fall in Institutionalized frail elderly. **Am. J. Epidemiol.**, v. 158, p. 645-653, 2003.

MATTESON, M. A.; McCONNELL, E. S.; LINTON, A. D. **Gerontological nursing: concepts and practice**. 2. ed. Philadelphia: Saunders Company, 1997. p. 800-928.

BARROS, C. **Reduza os acidentes domésticos**. Disponível em: <http://www.tecto.com.br/soscasa/seg.domesticos.asp>. Acessado em: 24/01/2003.

APÊNDICE A

Instrumento de Avaliação

1. Identificação

Clinica: Neurologia

Nome: _____ **Registro** _____

Endereço: _____ **Tel:** _____

Data de Nascimento: __/__/__ **Idade/anos completos:** _____

Data 1º Atendimento: _____ **Data do último atendimento:** _____

Data da Entrevista: __/__/__

Início entrevista (hora): _____ **Fim entrevista (hora):** _____

Tempo de seguimento: _____

Entrevistado: idoso () outro () _____ **Entrevistador:** _____

Observações: (História clínica, diagnóstico, ...)

DOENÇAS	CID
1. D.Alzheimer	
2. DEM vascular	
3. DA associada a DEM vascular	
4. HPN	
5. Alcoolismo	
6. TCE	
7. Depressão	
8. Neurosífilis	
9. Doença de Parkinson	
10. DEM fronto temporal	
11. Outras DEM degenerativas	
12. Outras DEM não degenerativas	
13. Não esclarecida	
14. Mista	
15. Outras	

APÊNDICE B

Termo Referente ao Contato Telefônico Prévio para a Permissão da Visita Domiciliar

Meu nome é (Celmira Lange, sou enfermeira e aluna de pós-graduação) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estamos realizando um estudo com a participação de idosos que foram atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no ano de 2001 e 2002, com o diagnóstico de demência. O objetivo deste estudo é descrever os acidentes domésticos mais comuns, ocorridos com idosos com diagnóstico de demência, relacionando-os às condições de vida.

Foi feita uma solicitação por escrito ao Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para fazer um levantamento de prontuários dos pacientes, onde se conseguiu seu nome (ou o nome do seu familiar endereço e número de telefone).

Gostaria de pedir permissão para fazer uma visita a sua casa, no dia e horário que lhe for conveniente.

Nesta visita, após o seu consentimento, será realizada entrevista com as questões contidas em um questionário.

A entrevista será realizada por mim. Poderia confirmar, por favor, o seu endereço e dar algum ponto de referência em termos de localização do endereço.

Até logo. Agradeço a sua atenção, e para esclarecer dúvidas que possam surgir, meu telefone para contato é 602-3416 ou 635-4858.

APÊNDICE C

ACIDENTES DOMÉSTICOS

Nº Questionário

Nº Registro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Pacientes do Ambulatório da Neurologia Comportamental (ANCP)

Informante: (2) cuidador (3) cuidador e idoso

☐

Seção C1 – NOS ÚLTIMOS 12 MESES (NOME), JÁ TEVE ALGUM DESTES ACIDENTES:

C1a) Quedas

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1b) Queimaduras

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1c) Intoxicações

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1d) Cortes, ferimentos

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1e) Aspiração / engasgo

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1f) Ingesta de corpo estranho

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C1g) Outro, qual? _____

Seção C2 – QUEDAS

C2a) Na última vez que caiu o(a) (nome) fez uso de bebida alcoólica, pouco antes da queda?

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2a1) Quantidade: _____ ml.

☐ ☐

C2b) Antes do(a) (nome) cair usava algum medicamento?

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2b1) Se sim, pedir para mostra ou nomear os medicamentos e anotar:

C2c) Quantas medicações diferentes toma por dia:

☐ ☐

C2d) (Nome) apresentou algum sinal ou sintoma diferente, quando começou a usar a medicação?

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2e) Se sim, o que apresentou? _____

C2f) No momento da queda o(a) (nome) apresentou:

C2f1) dificuldade para caminhar

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f2) alterações de equilíbrio

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f3) fraqueza muscular

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f4) tontura / vertigem

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f5) hipotensão postural

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f6) confusão mental

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f7) perda do tono postural sem perda da consciência

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f8) síncope / desmaio (perda da consciência)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2f9) outro, qual? _____

C2g) Durante a noite, no domicílio fica alguma luz acesa?

C2g1) quarto do(a) (nome)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2g2) corredor

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2g3) banheiro

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2g4) outro cômodo, qual? _____

C2h) Quando ocorreu a queda o(a) (nome) estava num ambiente, que tinha:

C2h1) tapetes soltos

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h2) pisos irregulares ou com buracos

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h3) pisos escorregadios ou molhados

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h4) degrau alto e/ou desnível no piso

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h5) objetos no chão

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h6) animais domésticos

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h7) iluminação insuficiente

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h8) subir em objeto/móvel para alcançar algo no alto

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h9) escadaria sem corrimão

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h10) banheiro sem apoio/barras

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2h11) outro, qual? _____

C2i) (Nome), no momento da queda estava com:

C2i1) roupas longas que atrapalhavam a marcha

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2i2) calçados inadequados (chinelos, outro calçado não preso ao pé, solado liso, etc...)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2i3) acessórios de apoio (bengala, andador,...)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

(C2i4) outro, qual? _____

C2j) (Nome) caiu da:

C2j1) cama

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j2) cadeira ou poltrona

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j3) cadeira de banho e/ou vaso sanitário

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j4) própria altura

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j5) árvore

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j6) escada

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2j7) outro, qual? _____

C2k) O local em que (nome) caiu foi:

C2k1) pátio / quintal

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k2) cozinha

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k3) hall de entrada

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k4) dormitório / quarto

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k5) sala

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k6) banheiros

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2k7) outro, qual? _____

C2l) Foi hospitalizado?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2m) Foi indicado fazer cirurgia?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2m1) se sim, mas não fez, porque? _____

C2n) Em consequência da queda O(a) (nome) necessitou de:

C2n1) ajuda para atividades de vida diária

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2n2) mudança de domicílio

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2n3) institucionalização em asilos e similares

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2n4) rearranjo familiar (morar com outra pessoa)

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C2n5) outro, qual? _____

C2o) Em consequência da queda o(a) (nome) apresenta:

C2o1) medo de cair novamente

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2o2) depressão (isolamento)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2o3) úlceras de pressão

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2o4) acamado

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C2o5) outro, qual? _____

C2p) Horário em que ocorreu a queda foi:

(1) 6 – 12:00 h

(4) 24 – 6:00 h

(2) 12 – 18:00 h

(9) não sabe

(3) 18 – 24:00 h

☐

C2q) Época do ano em que ocorreu a queda foi:

(1) dez – fev

(4) set – nov

(2) mar – mai

(5) não sabe

(3) jun – ago

☐

C2r) Anote outras informações relatadas pelo informante a respeito da queda e suas consequências com o(a) (nome). obs.: não preencher os quadrados.

C2r1) _____

☐ ☐

C2r2) _____

☐ ☐

C2r3)

☐ ☐

C2s) Nos últimos 12 meses, quantas quedas o(a) (nome) teve:

88) não sabe

☐ ☐

Questionário

--	--	--	--

Nº Registro

--	--	--	--	--	--	--	--

Seção C3 – QUEIMADURAS**C3a)** (Nome) queimou-se com chama/fogo:

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3b) Se a resposta foi sim, perguntar a causa da queimadura:

C3b1) álcool ou outro combustível

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3b2) no fogão / churrasqueira

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3b3) fósforo ou similar

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3b4) cigarro

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3b5) outro, qual? _____

C3c) (Nome) queimou-se por líquido escaldante?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d) Se houve queimadura por líquido escaldante, perguntar qual foi a causa:

C3d1) água

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d2) óleo / gordura

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d3) leite / café

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d4) sopa / mingau

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d5) alimentos

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3d6) outro, qual? _____

C3e) (Nome) ainda queimou-se com:

--	--

C3e1) eletricidade

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3e2) contato direto com calor

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3e3) frio / gelo

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3e4) produto químico

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3e5) outro, qual? _____

C3f) Descrever como ocorreu o acidente: obs.: não preencher os quadrados.

C3f1) _____

--	--

C3f2) _____

--	--

C3f3) _____

--	--

C3g) O local do corpo que sofreu a última queimadura

C3g1) cabeça

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g2) pescoço

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g3) tronco anterior

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g4) tronco posterior

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g5) nádega D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g6) nádega E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g7) genitália

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g8) braço D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g9) braço E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g10) antebraço D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g11) antebraço E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g12) mão D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g13) mão E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g14) coxa D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g15) coxa E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g16) perna D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g17) perna E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g18) pé D

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3g19) pé E

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C3h) O local do acidente com a última queimadura foi na:

(1) cozinha	(4) dormitório/quarto	☐
(2) banheiro	(5) outro, qual? _____	
(3) quintal	(6) não sabe	

C3i) Na hora da queimadura, o local do corpo ficou:

C3i1) vermelho

- (1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C3i2) com bolhas

- (1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C3i3) sem pele

- (1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C3i4) outro, qual? _____

C3j) As consequências da queimadura foram:

- (1) não hospitalização
 (2) hospitalização
 (3) hospitalização com cirurgia
 (4) outro, qual? _____
 (5) não sabe

☐

C3k) Horário em que ocorreu a última queimadura foi:

(1) 6 – 12:00 h	(4) 24 – 6:00 h	☐
(2) 12 – 18:00 h	(5) não sabe	
(3) 18 – 24:00 h		

C3l) Época do ano em que ocorreu a queimadura foi:

(1) dez – fev	(4) set – nov	☐
(2) mar – mai	(5) não sabe	
(3) jun – ago		

C3m) Nos últimos 12 meses, quantas queimadura o(a) (nome) teve:

88) não sabe

☐ ☐

C3n) (nome) estava sozinho no momento do acidente:

- (1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C3o) Se não estava só, quem a acompanhou?

- (1) filho(a)
- (2) esposo(a)
- (3) neto(a)

- (4) outro, quem? _____
- (5) não sabe

☐

Nº Questionário

--	--	--	--

Nº Registro

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seção C4 – ASPIRAÇÃO / ENGASGO**C4a)** Na última vez, o(a) (nome) engasgou-se com:

(1) alimentos

(2) líquidos

(3) medicação

(4) saliva

(5) outro, qual? _____

(6) não sabe

--

C4b) (Nome), por causa do engasgo, apresentou:

C4b1) tosse

(1) sim

(2) não

(3) não sabe

--	--

C4b2) falta de ar (sufocação)

(1) sim

(2) não

(3) não sabe

--	--

C4b3) pneumonia

(1) sim

(2) não

(3) não sabe

--	--

C4b4) precisou de atendimento médico

(1) sim

(2) não

(3) não sabe

--	--

C4b5) hospitalização

(1) sim

(2) não

(3) não sabe

--	--

C4b6) outro, qual? _____

C4c) Em que posição postural o(a) (nome) estava quando se engasgou?

(1) sentado(a)

(2) em pé

(3) deitado(a)

(4) outra, qual? _____

5) não sabe

--

C4d) Descreva a aspiração/engasgo. Obs.; não preencher os quadrados

--	--

--	--

□ □

C4e) Quais foram as conseqüências da aspiração/engasgo. Obs.: não preencher os quadrados.

C4e1) 1º conseq.:

□ □

C4e2) 2º conseq.:

□ □

C4e3) 3º conseq.:

□ □

Seção C5 – INGESTA DE CORPO ESTRANHO

C5a) Nos últimos 12 meses o(a) (nome) ingeriu (engoliu) algum tipo de:

C5a1) objeto

(1) sim (2) não (3) não sabe

□ □

C5a2) dentadura

(1) sim (2) não (3) não sabe

□ □

C5a3) outro, qual? _____

C5b) Quais foram as conseqüências da última vez que ingeriu algum corpo estranho: obs.: não preencher os quadrados.

C5b1) 1º conseq.:

□ □

C5b2) 2º conseq.:

□ □

C5b3) 3º conseq.:

□ □

Questionário

Nº Registro

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Seção C6 – INTOXICAÇÕES**C6a)** (nome) já sofreu intoxicação por ingesta de:

C6a1) medicação

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C6a2) alimento estragado

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C6a3) produto de limpeza

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C6a4) derivados de combustível

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C6a5) outro, qual? _____

C6b) As medicações ficam ao alcance do(a) (nome)?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C6c) Quem acompanha o(a) (nome) na hora de tomar a medicação?

(1) ninguém

(4) outro, qual? _____

(2) cuidador

(5) não sabe

(3) familiar

C6d) Quais foram as consequências da intoxicação (3): obs.: não preencher os quadrados.

C6d1) _____

--	--

C6d2) _____

--	--

C6d3) _____

--	--

Seção C7 – CORTES E FERIMENTOS

C7a) (Nome) já se cortou ou feriu com objetos do tipo:

C7a1) faca

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C7a2) ferro

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C7a3) estilete (similar)

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C7a4) vidro

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C7a5) tesoura

(1) sim (2) não (3) não sabe

☐ ☐

C7a6) outro, qual? _____

☐ ☐

C7b) O último corte/ferimento necessitou:

(1) nenhum cuidado

(5) hospitalização

☐

(2) cuidados caseiros

(6) outro, qual? _____

(3) atendimento médico

(7) não sabe

(4) cirurgia / sutura

C7c) Descreva o último acidente: Obs.: não preencher os quadrados

C7c1) _____

☐ ☐

C7c2) _____

☐ ☐

C7c3) _____

☐ ☐

C7d) O local em que ocorreu o último acidente:

- (1) cozinha
- (2) banheiro
- (3) dormitório
- (4) quintal

- (5) outro, qual? _____
- (6) não sabe

☐

C7e) O horário em que ocorreu o último acidente foi:

- (1) 6 – 12:00 h
- (2) 12 – 18:00 h
- (3) 18 – 24:00 h

- (4) 24 – 6:00 h
- (5) não sabe

☐

C7f) Mês do ano que aconteceu o acidente:

- (1) dez – fev
- (2) mar – mai
- (3) jun – ago

- (4) set – nov
- (5) não sabe

☐

C7g) Nos últimos 12 meses, quantos cortes/ferimentos o(a) (nome) teve:

(88) não sabe

☐

C7h) Quais foram as conseqüências do corte/ferimento. Obs.: não preencher os quadrados.

C7h1)

1ª conseq.: _____

☐

C7h2):

2ª conseq.: _____

☐

C7h3)

3ª conseq.: _____

☐

Nº Questionário

--	--	--	--

Nº Registro

--	--	--	--	--	--	--	--

Seção C8 – OUTRAS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS

C8a) Aconteceu outro acidente, nestes últimos 12 meses, que não foi perguntado. Descreva o tipo, causas e conseqüências do acidente. Obs.: não preencher os quadrados.

C8a1) Tipo: _____

--	--

C8a2) Causa: _____

--	--

C8a3) Conseq.: _____

--	--

C8b) Após algum tipo de acidente aconteceu que o(a) (nome):

C8b1) ficou com medo de novos acidentes

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C8b2) precisou de maior supervisão no cuidado

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C8b3) precisou ser institucionalizado

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C8b4) não mudou nada na rotina diária

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C8b5) outro, qual? _____

Seção C9 – PREVENÇÃO

C9a) O(a) (nome do entrevistado) acredita que este(s) acidentes(s) poderia(m) ser evitado(s)?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C9a1) Como? _____

--	--

C9b) A família, após o(s) acidente(s), tomou alguma precaução?

(1) sim (2) não (3) não sabe

--	--

C9c) Se tomou precauções, descreva quais foram:

--	--

C9d) Se não tomou precauções, descreva a razão:

--	--

C9e) O que vocês sugerem para prevenir os acidentes ocorridos?

--	--

ANEXO A

INSTRUMENTO OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES (OARS)

Tentativas de entrevista: 1ª data: _____ 2ª data: _____
3ª data: _____

Situação: (1) realizada (2) óbito (3) recusa (4) não encontrado
(5) mudança de endereço

Clínica: Neurologia

Nº questionário:

--	--	--

Registro:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador: _____

Nome do paciente: _____

Início da entrevista: _____ **Término:** _____

Entrevistado: Idoso (1) Cuidador (2) Ambos (3)

Endereço: _____ **Tel:** _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEÇÃO A - IDENTIFICAÇÃO

A.1) Sexo

1- Masculino 2- Feminino

--	--

A.2) COR DA PELE (observar a cor que predomina na aparência)

1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Preto

5- Indígena 6- não sabe (ns)

--	--

A.3) LOCAL DE NASCIMENTO

1- Urb 2- Rural 3- ns

Cidade: _____ **Estado:** _____ **País:** _____

--	--

A.4) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ MORANDO NA CIDADE OU REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO?
(em anos completos)

--	--

A.5) E NESTE ENDEREÇO? (em anos compl.)

--	--

A.6) MORA SEMPRE NESTE ENDEREÇO OU EXISTE MAIS DE UM LOCAL PARA RESIDIR?

--	--

1- Só neste local 2-Mais de 1 local 3 - ns

A.7) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?

--	--

1- Nunca se casou ou morou c/ companheiro (a)

2- Mora com esposo (a) ou companheiro (a)

3 - Separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a).

4 - Viúvo (a) 5 - ns

A.8) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ NO ESTADO ATUAL?

--	--

88-ns

A.9) QUANTAS VEZES O (A) SR (A) SE CASOU, LEGALMENTE OU NÃO ?

--	--

88-ns

PERFIL SOCIAL DO IDOSO

A.10 ESCOLARIDADE (em anos):

--	--

1- Analfabeto; 2- Sabe ler/escrever informal; 3- 1 a 4;

4- 5 a 8; 5- 9 a 12; 6- 13 ou mais; 7-ns

A.11 QUAL(IS) DESSAS RENDAS O SR(A) TEM?

0-não tem 1- tem 2-ns

A.11a) Aposentadoria

A.11b) Pensão

A.11c) Aluguel

A.11d) Trabalho próprio

A.11e) Doações (família, amigos, instituições)

A.11f) Outras _____

A.12 PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA **ATUALMENTE** (se tiver mais do que uma resposta, informar a que gasta mais tempo, em horas):

--	--

A.13 PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA **ANTERIORMENTE**:

--	--

A.14 HÁ QUANTO TEMPO RECEBE O BENEFÍCIO (mais antigo) DE APOSENT, PENSÃO OU RENDAMENSAL VITALÍCIA? (em anos completos, caso não se lembra, anos aproximado)

88-ns 99-nsa

--	--

A.15 IDADE QUE SE APOSENTOU? (em anos completos, caso não se lembra, anos aproximado)

88-ns 99-nsa

--	--

ANEXO B

Tentativas de entrevista: 1ª data: _____ - 2ª data: _____

3ª data: _____

Situação: (1) realizada (2) óbito (3) recusa (4) não encontrado
(5) mudança

Clínica: Neurologia

Nº questionário:

--	--	--	--

Registro:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador: _____

Nome do paciente: _____

Início da entrevista: _____ **Término:** _____

Entrevistado: Idoso (1) Cuidador (2) Ambos (3)

Endereço: _____ **Tel:** _____

SEÇÃO A - AVALIAÇÃO COGNITIVA

A.1) COMO O (A) SR (A) AVALIA SUA MEMÓRIA ATUALMENTE?

--	--

1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim

5- Péssima 6- Não sabe

A.2) COMPARANDO COM UM ANO ATRÁS, O (A) SR (A) DIRIA QUE AGORA SUA MEMÓRIA É MELHOR, IGUAL OU PIOR?

--	--

Melhor 2- Igual 3- Pior 4- não sabe

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**ORIENTAÇÃO TEMPORAL**

--	--

A.3 POR FAVOR, DIGA-ME:

dia da semana ()

dia do mês ()

mês ()

ano ()

hora aproximada ()

Anote um 1 ponto p/ cada resposta correta

ORIENTAÇÃO ESPACIAL

--	--

Anote 1 ponto para cada resposta correta

A.4 RESPONDA:

Onde estamos? (consultório, hospital, residência) ()

Em que lugar estamos? (andar, sala, cozinha, enfermaria) ()

Em que bairro estamos? ()

Em que cidade estamos? ()

Em que estado estamos? ()

REGISTRO

--	--

A.5 VOU LHE DIZER O NOME DE TRÊS OBJETOS E QUANDO TERMINAR PEDIREI QUE OS REPITA, EM QUALQUER ORDEM, GUARDE-OS QUE MAIS TARDE VOLTAREI A PERGUNTAR **A () M () C ()**

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda, máximo de cinco repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram

Árvore / Mesa / Cachorro

ATENÇÃO E CÁLCULO

--	--

A.6 Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7; (93, 86, 79, 72, 65)

_____/_____/_____/_____/_____

Obs: Um ponto para cada cálculo correto.

MEMÓRIA DE EVOCÇÃO

--	--

A.7 HÁ ALGUNS MINUTOS, LI UMA SÉRIE DE 3 PALAVRAS E O (A) SR. (A) AS REPETIU POR FAVOR, DIGA-ME AGORA QUAIS AINDA SE LEMBRA

A () M () C ()

Obs Anote um ponto para cada resposta correta, em qualquer ordem.

Árvore / Mesa / Cachorro

LINGUAGEM

OBS: Anote 1 ponto para cada resposta correta.

A.8 APONTE A CANETA E O RELÓGIO E PEÇA PARA NOMEÁ-LOS

--	--

C () R ()

(Permita 10 segundos para cada objeto).

A.9 REPITA A FRASE QUE EU VOU LHE DIZER (Pronuncia em voz alta, bem articulada e lentamente)

--	--

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

A.10 DÊ AO PACIENTE UMA FOLHA DE PAPEL, NA QUAL ESTEJA ESCRITO EM LETRAS GRANDES: "FECHE OS OLHOS" DIGA-LHE: "LEIA ESTE PAPEL E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO" (Permita 10 seg.)

--	--

A.11 VOU LHE DAR UM PAPEL E QUANDO EU O ENTREGAR, PEGUE C/A SUA MÃO DIREITA, DOBRE-O NA METADE COM AS DUAS MÃOS E COLOQUE-O NO CHÃO)

--	--

P () D () C ()

A.12 PEDIR AO PACIENTE QUE ESCREVA UMA FRASE SOBRE A FOLHA DE PAPEL EM BRANCO. "O senhor poderia escrever uma frase completa de sua escolha." (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe. se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe: "isto é uma frase? e permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (max. 30 segundos) .

--	--

A.13 Por favor, copie este desenho:

Obs:

- Entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar. A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo. Anote um ponto se o desenho estiver correto.
- Some as respostas corretas anotadas nas perguntas **A3** a **A13** e anote o total A pontuação máxima é de 30.

--	--

--	--

ANEXO C

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 29 de abril de 2003

Ofício nº 1064/2003
CEP/SPC

Senhora Professora:

O trabalho intitulado **"PERFIL DO IDOSO ATENDIDO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL GOVERNAMENTAL DE RIBEIRÃO PRETO E O CUIDADO NO DOMICÍLIO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 152ª Reunião Ordinária realizada em 28/04/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 2929/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: ACIDENTES DOMÉSTICOS EM IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE RIBEIRÃO PRETO – SP.

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos realizando um estudo sobre acidentes domésticos com os idosos atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. O objetivo do estudo é descrever os acidentes domésticos mais comuns ocorridos nos idosos com o diagnóstico de demência, relacionando-os às condições de vida. Necessitamos realizar entrevistas com os idosos e/ou familiares/cuidadores, portanto solicitamos o (a) senhor (a) a atender a entrevistadora e doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estas entrevistas serão registradas em um questionário e posteriormente citadas no corpo do trabalho, portanto, solicitamos sua autorização para divulgação do conteúdo de sua entrevista, que muito contribuirá para a realização deste trabalho. Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados e não se esperam causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

O (a) senhor (a) terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não trará prejuízo ao seu atendimento e/ou tratamento.

Essa pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Esperamos merecer sua confiança, colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional nos telefones 602-3416 e 635-4858.

Atenciosamente.

Celmira Lange

Pós-Graduanda da EERP-USP

Profª Drª Rosalina A.P.Rodrigues

Orientadora – EERP-USP

Eu, _____, RG nº _____

Declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_____

ANEXO E**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO
PARA QUEDAS DOS IDOSOS NO DOMICÍLIO**

Familiar/cuidador! Você já parou para observar se as condições clínicas do idoso com demência estão contribuindo para aumentar o risco de quedas? Para responder a esta pergunta você deverá preencher as duas etapas de avaliação a seguir:

IDENTIFICAÇÃO**Nome:**

Endereço:

Telefone:**Data:** ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____**Idade:** _____**Sexo:** feminino () masculino ()**Anos de escolaridade:** _____**Raça (cor de pele):** _____**Estado civil:** casado () viúvo () solteiro () separado ()**Mora:** sozinho () com família () casa geriátrica ou similar ()

Assinale com X os itens que se aplicam ao idoso, na coluna R.

I AVALIAÇÃO DO IDOSO		R
1.1 MEMÓRIA	1. Memória com problemas.	
	2. Dificuldade para lembrar o dia da semana.	
	3. Esquece de fatos recentes.	
	4. Perde-se no próprio aposento.	
	5. Confusão mental, desorientado.	
	6. Perda da noção de perigo.	
	7. Julgamento prejudicado.	
	8. Outras:	
1.2. COMUNICAÇÃO E AUDIÇÃO	1. Tem dificuldade de se fazer entender.	
	2. Não consegue entender a mensagem dos outros.	
	3. Tem deficiências auditivas.	
	4. Outras:	
1.3. VISÃO	1. Tem deficiência visual.	
	2. Tem catarata ou glaucoma	
	3. Outras:	
1.4. FUNÇÕES FÍSICAS E PROBLEMAS ESTRUTURAIS	1. Parcialmente dependente.	
	2. Dependente.	
	3. Necessita de supervisão nas atividades da vida diária.	
	4. Necessita de ajuda para as atividades da vida diária (comer, vestir-se, ir ao banheiro...)	
	5. Necessita de ajuda para usar o telefone, fazer o serviço doméstico e preparar as refeições.	
	6. Apresenta dificuldade para movimentar-se (virar pescoço, inclinar-se...).	
	7. Apresenta dificuldade para caminhar.	
	8. Perde a força muscular sem perder a consciência.	
	9. Fraqueza muscular, desequilíbrio.	
	10. Necessita de auxílio para caminhar (bengala, andador, muleta e cadeira de rodas, prótese).	
	11. Não consegue caminhar 50 metros, mesmo com ajuda.	
	12. No uso do vaso sanitário, necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir-se.	
	13. Tem paralisia de um lado do corpo.	
	14. Não consegue sair e entrar sozinho na cama.	
	15. Tem dificuldade de levantar-se de cadeira/poltrona.	
	16. Recupera-se de uma doença recente.	
	17. História de quedas anteriores.	
	18. Medo de cair.	
	19. Outras:	
1.5. INCONTINÊNCIAS	1. Apresenta urina na roupa.	
	2. Apresenta fezes na roupa.	
1.6 COMPORTAMENTO E HUMOR	1. Tem diagnóstico médico de Depressão.	
	2. Está sem esperança.	
	3. Apresenta Distúrbio de comportamento como: agitação, agressividade, delírios... .	
	4. Resiste receber cuidados (auxílio para alguma atividade).	
	5. Apresenta-se triste, choroso.	
	6. Anda pela casa sem razão aparente.	
	7. Outras:	

1.7 DOENÇAS	1. Doença de Alzheimer.	
	2. Demência vascular.	
	3. Doença de Alzheimer associada a demência vascular.	
	4. Hidrocefalia de Pressão Normal (NPH).	
	5. Doença de Pick.	
	6. Doença de Corpos de Lewy.	
	7. Doença de Parkinson.	
	8. Esclerose Múltipla.	
	9. Tem pressão alta.	
	10. Teve derrame.	
	11. Tem diagnóstico médico de depressão/prefere ficar isolado.	
	12. Tem Diabetes.	
	13. Hipotireoidismo.	
	14. Doenças do coração.	
	15. Osteoporose.	
	16. Artrite/artrose.	
	17. Labirintite.	
	18. AIDS.	
	19. Abuso de bebida alcoólica.	
	20. Anemia.	
	21. Outras: _____	
1.8 CONDIÇÕES DE SAÚDE	1. Problemas nos pés (joanete, calos).	
	2. Dor nas articulações.	
	3. Tem tontura ao levantar-se da cadeira ou da cama.	
	4. Tontura.	
	5. Desmaio com perda da consciência.	
	6. Insônia.	
	7. Diarréia.	
	8. Vômitos.	
	9. Emagrecimento acentuado.	
	10. Outras: _____	
1.9 USO DE MEDICAÇÕES	1. Usa vários medicamentos ao dia.	
	2. Usa medicamentos para controle da Doença de Alzheimer.	
	3. Usa medicamento para controle da doença de Parkinson.	
	4. Usa Diuréticos (para aumentar a urina).	
	5. Usa medicamentos para controle da pressão alta.	
	6. Usa tranquilizantes.	
	7. Usa medicamentos para depressão.	
	8. Usa Antiarrítmicos (para problemas do coração).	
	9. Usa medicamentos para o controle do diabetes.	

O domicílio do idoso é um lugar seguro?

Se não, assinale com X se a alternativa aplica-se ao domicílio do idoso, na coluna R.

II AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO		R
2.1 EXTERIOR DO DOMICÍLIO	1. Calçadas com piso escorregadio.	
	2. Piso irregular e/ou com buracos.	
	3. Calçada com desnível e/ou degraus.	
	4. Escada sem corrimão.	
	5. Na porta externa, tem pouca iluminação.	
	6. Capacho solto na porta de entrada.	
	7. Caso more em bloco de apartamento ou casas geriátricas, tipo asilo, não tem identificação na porta externa.	
2.2 QUARTO DE DORMIR E VESTIR	1. Piso é encerrado.	
	2. Tapetes soltos sobre o piso.	
	3. Objetos espalhados pelo piso (fios, sapatos, roupas...).	
	4. A mobília ocupa quase toda a área do quarto, sobra pouco espaço para circulação.	
	5. Não tem identificação na porta do quarto/dormitório, no domicílio.	
	6. A cama, incluindo o colchão, tem altura superior a 50 cm.	
	7. Os móveis do quarto foram mudados de lugar.	
	8. Cadeira/poltrona sem apoio lateral.	
	9. Cadeira/poltrona com assento muito baixo ou alto.	
	10. Os armários são difíceis de alcançar, ou seja, muito altos ou muito baixos.	
	11. Ausência de luz na cabeceira da cama.	
	12. Interruptor de luz longe da cabeceira da cama.	
	13. Outras:	
2.3 BANHEIRO	1. Banheiro distante do quarto/dormitório.	
	2. Não tem identificação na porta do banheiro, como a palavra "BANHEIRO", ou algum tipo de desenho.	
	3. Piso escorregadio e/ou molhado.	
	4. Piso com desnível e/ou degraus.	
	5. Box do chuveiro com piso em desnível superior a 1,5 cm, em relação ao banheiro.	
	6. Utiliza como apoio para entrar e sair do box ou para tomar banho a saboneteira/toalheira.	
	7. Não usa tapete de borracha ou antiderrapante, quando toma banho.	
	8. A porta do banheiro abre para dentro.	
	9. Tapetes soltos no banheiro.	
	10. Banheiro sem barras de apoio.	
	11. Barras de apoio não fixadas em paredes e/ou piso de alvenaria.	
	12. O vaso sanitário não tem barras laterais.	
	13. O vaso sanitário não possui elevação.	
	14. O banheiro não possui banco/cadeira para idoso sentar e vestir-se e/ou despir-se.	
	15. Outras:	
2.4 COZINHA	1. Piso escorregadio.	

	2. Objetos espalhados pelo piso.	
	3. Mobília ocupa quase toda a área da cozinha, sobra pouco espaço para a circulação.	
	4. Subir em móveis e/ou objetos para alcançar algo no alto.	
	5. Animais de estimação no ambiente doméstico (gato, cachorro).	
	6. Tapetes soltos.	
	7. Outras:	
2.5 SALA E HALL DE ENTRADA	1. Tapetes soltos sobre o piso.	
	2. Piso com desnível e/ou degraus entre um cômodo e outro.	
	3. Sofá com assentos muito macios.	
	4. Mesa com bordas cortantes e/ou vidro.	
	5. Outros:	
2.6 ILUMINAÇÃO	1. Inexistência de luz acesa durante a noite no domicílio	
	2. Uso de luz brilhante que apresenta reflexos.	
	3. Há cômodos na casa com muita luminosidade, que ofuscam a visão ou refletem a luz (por exemplo, um vidro)	
	4. A escada não tem tons contrastantes nos degraus.	
2.7 MUDANÇAS	1. Mudança de domicílio.	
	2. Mudança de localização do quarto e/ou banheiro e de móveis.	
2.8 VESTIMENTAS	1. Usa calçados com solado liso, chinelo, calçado não totalmente vestido.	
	2. Usa meias, sem calçado.	
	3. Usa roupas longas e/ou largas.	
	4. Outros:	

Identificados os fatores de risco para quedas do idoso, os familiares/cuidadores e idoso devem buscar orientação junto aos profissionais da área de saúde para diminuir e/ou eliminá-los. Quanto maior o número de itens assinalados, maior é o risco do idoso sofrer quedas; cabendo assim aos profissionais atuarem junto aos familiares para a prevenção dos mesmos.