



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – CAJAZEIRAS – PARAÍBA**

JOYCIMARA DOS SANTOS QUEIROGA

**QUEDAS EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE
VÍTIMAS SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.**

**CAJAZEIRAS
2011**

**QUEDAS EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS
SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

JOYCIMARA DOS SANTOS QUEIROGA

**QUEDAS EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS
SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Formação de
Professores da Universidade Federal de
Campina Grande para a obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Esp. Kennia
Sibelly Marques de Abrantes.

Coorientadora: Professora Ms. Arieli
Rodrigues Nobrega Videres.

**CAJAZEIRAS
2011**



Q383q Queiroga, Joycimara dos Santos.
Quedas em idosos: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência no alto sertão paraibano / Joycimara dos Santos Queiroga. - Cajazeiras, 2011.
78f. : il. e color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia e Apêndices.

1. Serviço de emergência. 2. Perfil de saúde-idoso. 3. Idoso. I. Abrantes, kennia Sibelly Marques de. II. Videres, Arieli Rodrigues Nóbrega. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616-083.98

FOLHA DE APROVAÇÃO

JOYCIMARA DOS SANTOS QUEIROGA

**QUEDAS EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS
SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro de Formação de Professores da
Universidade Federal de Campina Grande para
a obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

**Profa. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
(Orientadora - UACV/UFCG)**

**Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Coorientadora - UACV/UFCG)**

**Enfer. Esp. Eliane Leite Sousa
(Membro - UACV/UFCG)**

DEDICATÓRIA

A Deus, sempre.

Aos meus pais, José e Marly.

Vidas de minha vida.

Grandes motivos do meu viver.

Obrigada pelo amor, dedicação e paciência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela sua presença constante na minha vida, sem Ele nada seria possível. Obrigada Senhor por mais esta vitória;

Aos meus pais, José Queiroga e Marly M^a dos S. Queiroga, pela constante lição de vida, exemplo de perseverança e por ensinar-me a lutar sempre pelos meus objetivos;

Aos meus irmãos Juliana e Salatiel, pelos momentos de dificuldades e pelo apoio e confiança depositados;

Ao meu namorado Rodrigo, por abrir mão de muitas coisas para a realização do meu sonho, pelo companheirismo, compreensão, auxílio e carinho, principalmente nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos pela compreensão e estímulo para a realização do trabalho;

A toda minha família, avós, tios e primos que de alguma maneira colaboraram para meu crescimento e aprendizado, compartilhando das minhas alegrias, tristezas e dificuldades.

Em especial a minha orientadora Profa. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes, por sua competência, capacidade profissional e todo apoio, dedicação e carinho a mim prestados não só no processo de orientação, mas em toda a minha vida acadêmica.

A minha coorientadora Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, pelo incentivo, ajuda e apoio, que foram de fundamental importância para a realização do trabalho.

As minhas mais novas amigas de infância, Lilian, Frankiniella e Kallyne, companheiras de graduação, pelos momentos de aprendizado e crescimento, pessoal e profissional que vivenciamos juntas.

A toda equipe do SAMU de Sousa, em especial a Socorrinha e Suélio, que se mostraram pessoas acolhedoras e atenciosas, dispostas em auxiliar na coleta dos dados para a realização deste trabalho.

Aos colegas de graduação pelo constante aprendizado durante o nosso convívio.

E a todos aqueles que, anonimamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

QUEIROGA, J. S. **QUEDAS EM IDOSOS**: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no alto sertão paraibano. 2011. 80 f. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

RESUMO

O crescimento populacional de idosos, associado a uma forma de vida mais saudável e mais ativa, deixa este grupo de pessoas mais exposto ao risco de traumas. Por essas e outras que, atualmente, há uma crescente procura por atendimentos de urgências e emergência, para os quais um bom e rápido atendimento pode amenizar a incidência de sequelas e óbitos. Este trabalho foi desenvolvido com base nos socorros realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, de Sousa - PB, a idosos vítimas de quedas, no período de outubro de 2010 a outubro de 2011, tendo como objetivo traçar o perfil epidemiológico desses idosos. Trata-se de um estudo exploratório - descritivo e quantitativo, do tipo pesquisa indireta. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, as fichas das ocorrências do SAMU. Os resultados apontaram as seguintes características: vítimas do sexo feminino (58,6%) com percentual superior ao sexo masculino; faixa etária de 60 a 65 anos apresentou maior incidência de quedas, representando 21,6%, com a maioria das vítimas procedentes de Sousa (96,5%). Dentre as circunstâncias e consequências das quedas pôde-se notar uma maior incidência de quedas no mês de maio de 2011 com 17 (14,7%) das ocorrências, o turno prevalente foi o diurno, entre 12:00 e 17:59 (38,8%), e o dias da semana foram as quintas – feiras e sábados (16,9%). Observou-se também, que, a maioria das ocorrências foi de queda da própria altura (82,8%) e nos antecedentes dos idosos as crises hipertensivas constituíram 16,2% dos casos. Em relação aos demais dados, considerado a grande relevância dos mesmos, deve-se atentar ainda para: os sinais e sintomas, região atingida, principais tipos de lesões, destino e condição da vítima e os procedimentos mais realizados. Os dados apresentados traduzem a dura realidade dos idosos traumatizados atendidos pelos serviços de urgência/emergência, cujo quais despertam novos olhares sobre o problema. O conhecimento acerca de tal evento é fundamental para o planejamento de políticas públicas de prevenção de agravos e promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Perfil de Saúde, Idoso, Serviço de Emergência.

QUEIROGA, J. S. **Falls in the elderly**: epidemiological profile of victims rescued by the Office of Mobile Emergency Care. 2011. 80 f. Monograph - Academic Unit of Life Sciences, Course of Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB. 2011.

ABSTRACT

The growth of the elderly population, combined with a way of life healthier and more active, leaves this group of people more exposed at risk of trauma. For these and others that currently there is an increasing demand for emergency care and emergency, for which a good and fast service can lessen the incidence of sequelae and deaths. This work was developed on the basis of aid made by the Office of Mobile Emergency Care - SAMU de Sousa - PB, to elderly victims of falls in the period from October 2010 to October 2011, aiming to outline the epidemiological profile of elderly. This is an exploratory, descriptive and quantitative study of the indirect type. It was used as an instrument of data collection, the records of the occurrences of the SAMU. The results showed the following characteristics: female victims (58.6%) with a percentage higher than the male, aged 60 to 65 years had a higher incidence of falls, accounting for 21.6%, with most victims coming from Sousa (96.5%). Among the circumstances and consequences of falls could be observed a higher incidence of falls in the month of May 2011 with 17 (14.7%) of cases, the shift was a predominance of the day, between 12:00 and 17:59 (38.8%), and the days of the week were fifths and Saturdays (16.9%). It was also observed, that in most instances was simple falls (82.8%) and the background of the elderly hypertensive crises constituted 16.2% of cases. In comparison with other data, considered the great importance of these, you should still look for: signs and symptoms, the affected region, the main types of injuries, fate and condition of the victim and the most common procedures. The data presented reflects the hard reality of traumatized elderly attended by the emergency services / emergency, which awaken new visions about what the problem. The knowledge of such an event is essential for planning of public policies for disease prevention and health promotion.

KEY WORDS: Profile of Health, Aging, the Emergency Department.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Distribuição de amostra de acordo com o sexo..... | 32 |
| Gráfico 2 - Distribuição das quedas de acordo com o horário de ocorrência..... | 36 |
| Gráfico 3 - Distribuição das quedas de acordo com o dia da semana..... | 38 |
| Gráfico 4 - Distribuição das quedas de acordo com a altura..... | 39 |
| Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com os fatores relacionados à queda..... | 44 |
| Gráfico 6 - Distribuição dos tipos de veículos enviados para os atendimentos realizados pelo SAMU..... | 47 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Distribuição de amostra de acordo com o sexo..... | 34 |
| Tabela 2 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de quedas de acordo com o da ocorrência..... | mês 35 |
| Tabela 3 - Distribuição das quedas de acordo com o local de ocorrência..... | 37 |
| Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes..... | 40 |
| Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de lesão..... | 42 |
| Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a região atingida..... | 43 |
| Tabela 7 - Distribuição dos fatores relacionados à queda dividido por gênero..... | 44 |
| Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com os sinais e sintomas..... | 45 |
| Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o destino e condição da vítima... | 46 |
| Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados.... | 48 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APH** – Atendimento Pré - Hospitalar
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan Americana de Saúde
- PB** - Paraíba
- PNI** - Política Nacional do Idoso
- RO** – Rádio Operador
- SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAV** - Suporte Avançado de Vida
- SBV** - Suporte Básico de Vida
- TARM** – Técnico de Regulação Médica
- USA** – Unidade de Suporte Avançado
- USB** – Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 GERAL | 14 |
| 2.2 ESPECÍFICO | 14 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 3.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO | 15 |
| 3.2 QUEDA EM IDOSOS | 18 |
| 3.3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU | 23 |
| 4 MATERIAIS E MÉTODOS | 28 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 28 |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO | 29 |
| 4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA | 29 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 30 |
| 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 30 |
| 4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS | 30 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 31 |
| 4.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA | 31 |
| 5 RESULTADOS E DISCURSÕES | 32 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS | 32 |
| 5.2 CIRCUNSTÂNCIAS E CONSEQUÊNCIAS DA QUEDA | 34 |
| 6 CONCLUSÃO | 49 |
| REFERÊNCIAS | 51 |
| ANEXOS | 63 |
| ANEXO A | 64 |
| ANEXO B | 66 |
| APÊNDICE | 77 |
| APÊNDICE A | 78 |

1 INTRODUÇÃO

Os desafios e questões que existem acerca do envelhecimento humano sempre foram alvo de preocupações, pois o aumento expressivo da longevidade pode ser visto como um importante indicador e também como um grande desafio para sociedade brasileira.

Segundo Paschoal (2006), o aumento da proporção de idosos na população, vem ocorrendo devido a dois motivos básicos, a diminuição da mortalidade, que eleva a expectativa de vida, e a diminuição da fecundidade, ou seja, a redução do número de filhos por mulher em idade fértil. Estes fenômenos se devem, em grande parte, aos avanços tecnológicos, às políticas sociais e aos novos estilos e condições de vida que afetam direta ou indiretamente a saúde e a longevidade (GAWRYSZEWSKI, 2010).

No Brasil, o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, identificou que as pessoas com 60 anos ou mais representam cerca de 11% da população total (IBGE, 2010). Algumas projeções ainda indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009). Pode-se afirmar então que o Brasil, antes denominado um país de jovens, hoje já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido.

Atualmente, o crescimento populacional de idosos tem sido associado à adoção de comportamentos saudáveis, sobretudo aqueles relacionados a um estilo de vida fisicamente ativo que incrementa o número de relações interpessoais, de atividades diárias espontâneas, assim como de novas experiências em ambientes e situações completamente desconhecidos (SOUZA; IGLESIAS, 2002). Existe, portanto, maior risco de exposição a distintos ambientes e situações que podem aumentar as potenciais ocorrências de diferentes traumas com consequências que podem ser bastante graves em decorrência de os indivíduos idosos não possuírem capacidade, tampouco reserva funcional, necessárias à recuperação que, por sua vez, eleva consideravelmente a taxa de mortalidade nesse grupo etário (MALVESTIO; SOUSA, 2002).

O mecanismo de trauma mais frequente entre os indivíduos idosos de acordo com Mantovani (2006) é a queda, seguida por acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes por armas de fogo, queimaduras e maus-tratos. As quedas ocorrem predominantemente em ambiente domiciliar e estão relacionadas às atividades mais comuns da vida diária.

Existem muitas definições para o evento queda. Johana e Diogo (2007) consideram a queda como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do

indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial. E pode ser considerada como um evento de elevada incidência na faixa etária acima dos 60 anos, associada às significativas morbidade e mortalidade (AGUIAR, ASSIS, 2009). No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano.

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda, porém a relevância para os idosos é muito maior, pois essa pode levá-los a incapacidades, sofrimento e morte. O custo social de uma queda é imenso e torna-se maior quando a pessoa idosa apresenta uma redução de sua autonomia. Nesses casos, sofrer uma queda pode ser sinônimo de dependência ou necessidade de institucionalização (RIBEIRO, 2006), o que gera um grande problema de saúde pública, devido à sua alta incidência, às complicações para a saúde e aos custos assistenciais.

Diante desses fatores, justifica-se a necessidade de desenvolvimento do presente estudo com vistas a auxiliar com as políticas públicas de atenção ao idoso, no que tange a prevenção de quedas, considerando seus fatores de risco. Além disso, espera-se contribuir para a divulgação de dados e conscientização dos idosos para atenção especial com a saúde.

Embora o atendimento definitivo ao idoso vítima de queda possa ser efetuado em um hospital adequadamente preparado, é necessário a existência de um sistema de atendimento pré-hospitalar dentro do sistema integrado de assistência por várias razões, dentre elas podemos destacar a proporção significativa de mortes como decorrências de trauma (em torno de 25 a 50 %) que são evitáveis, desde que exista um sistema eficiente de atendimento e que a implantação do componente pré-hospitalar desempenhe um papel fundamental na redução das mortes evitáveis (BRASIL, 2001).

Desta forma, diante da assistência a idosos vítimas de traumas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui-se como a primeira escolha, pois são os responsáveis, por socorrer vítimas nos primeiros minutos, após ter ocorrido algum agravo que possa causar dano à saúde, dispondo de transporte adequado para a transferência das vítimas a um hospital para a realização de tratamentos mais avançados.

A partir desse entendimento surgiram alguns questionamentos: Qual o perfil epidemiológico dos idosos vítimas de traumas atendidos pelo SAMU? Como se caracterizam esses idosos? É possível identificar os principais tipos de traumas e os fatores relacionados?

O interesse pelo tema descrito advém da relevância das questões que envolvem a pessoa idosa como também por ser este o segmento populacional que mais cresce no Brasil e no mundo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Traçar o perfil epidemiológico de idosos vítimas de quedas socorridos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-PB no período de outubro de 2010 a outubro de 2011.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos vítimas de quedas atendidos pelo SAMU;
- Identificar a prevalência, e os fatores relacionados às quedas;
- Averiguar a morbimortalidade relacionada às quedas nos idosos no local em estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO

Com as várias descobertas e avanços tecnológicos nas diversas áreas do conhecimento humano que são presentes no cotidiano atual, os progressos que proporcionam um prolongamento da expectativa de vida da população mundial é constante.

O envelhecimento não pode ser considerado uma etapa da vida e sim um processo permanente a partir de um determinado momento da vida das pessoas, podendo ser definido de maneiras diferentes. Segundo Barbosa (2001), o envelhecimento é um fenômeno comum a todos os animais e se caracteriza não apenas pela redução da capacidade de adaptação homeostática, perante situações de sobrecarga funcional do organismo, mas também pelas condições de vida e saúde.

No Brasil, assim como em outros países, a expectativa de vida está aumentando, e o envelhecimento populacional está constituindo uma realidade. Além de outras razões não menos importantes, a evolução da ciência juntamente com a descoberta de técnicas diagnósticas e de métodos terapêuticos eficientes na cura ou controle de morbidades letais no passado exerce um papel relevante na formação deste quadro ao proporcionarem um considerável aumento na longevidade populacional (ALVES et al., 2008).

Porém, ao contrário do que se sabe, os fatores de maior relevância na composição desse quadro seriam a queda da fecundidade associada com a queda da mortalidade, vivenciada pela população da maioria dos países do mundo, em que os avanços tecnológicos, às políticas sociais e os novos estilos e condições de vida afetam direta ou indiretamente esse grupo etário.

Rodrigues (2007) refere que a transição demográfica, conhecida como envelhecimento populacional, originou-se na Europa, há quase cem anos atrás, e seu primeiro fenômeno foi a diminuição da fecundidade, observada na Revolução Industrial. O aumento na expectativa de vida ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas.

Já na América Latina, principalmente nos países em desenvolvimento que tiveram um processo de envelhecimento que iniciou na década de sessenta, observa-se hoje um fenômeno semelhante ao ocorrido na Europa, porém, com implicações diferentes (NASRI, 2008). De fato, em 1940, os níveis de fecundidade do Brasil, que eram de 6,2 filhos por mulher

declinaram para 2,3 filhos por mulher em 2000 e 1,89 em 2008 (LEBRÃO, 2007). Em consequência desse declínio, o país vem apresentando redução do grupo etário jovem, vivenciando com isso o que se denomina envelhecimento pela base. Assim estima-se que, por volta de 2025, o Brasil ultrapasse os 30 milhões de idosos, cerca de 15 % da população total.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000, o mundo possuía uma população idosa (≥ 60 anos) de 600 milhões de pessoas, sendo que este número aumentará para 1,2 bilhões em 2025, e dois bilhões em 2050. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa média de vida em países desenvolvidos varia de 78 anos, como nos Estados Unidos, a 82,6 anos no Japão. No Brasil, tal média já atingiu 72,8 anos em 2008, enquanto que na China foi de 67,2 anos nesse mesmo ano (IBGE, 2008).

O aumento desse grupo etário é mundial, e embora ele seja maior nos países desenvolvidos, é nos países em desenvolvimento que ele mais cresce.

A esperança de vida vem aumentando ao longo dos últimos anos. Desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer se comparadas aos homens. Em 2008, no Brasil, a média de vida para mulheres chegou a 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada para 2008, entre 2005-2010, em 67,2 anos e, para 2045-2050, a projeção média de vida é de 75,4 anos. A esperança de vida aos 60 anos de idade também mostra a maior longevidade das mulheres em relação aos homens idosos (FABRÍCIO, RODRIGUES, COSTA JUNIOR 2004).

Peixoto (2004) cita que a esperança de vida das mulheres na França é considerada uma das mais altas do mundo e chega há alcançar 82 anos, sete a mais que a dos homens franceses.

Assim como se verifica em outros países, também no Brasil, há uma porcentagem superior de mulheres na população idosa; trata-se da feminização da velhice. Nasri (2008) mostra que, no ano de 2000, para cada cem mulheres idosas, havia 81 homens idosos; em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para cem idosas e no grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, teremos duas idosas para cada idoso.

O índice de feminilidade – medido pelo número de mulheres para cada 100 homens – atingiu 192 na cidade de Santiago no Chile, 176 em Montevidéu no Uruguai, 162 em Buenos Aires na Argentina e 142 em São Paulo (LEBRÃO, 2003).

Dados do IBGE de 2010 indicam que 11% da população brasileira tem mais de 60 anos e entre estes, 55,5% são mulheres. No Estado da Paraíba, 11,9% de sua população apresenta 60 ou mais anos de idade e as mulheres representam cerca de 56,7% deste grupo populacional.

Alguns estudos demonstram ainda que a prevalência de incapacidades é mais elevada entre as mulheres que entre os homens idosos (PARAHYBA, VERAS, MELZER, 2005). Apesar de enfrentarem situações difíceis em relação à situação socioeconômica e de saúde, as mulheres idosas sobressaem em questões como a longevidade e a participação em atividades de suporte social familiar. Apesar de viverem por mais tempo que os homens, as mulheres convivem mais com as limitações advindas com o envelhecimento.

Com isso, percebe-se que o envelhecimento é um processo extremamente complexo que acarreta várias modificações profundas e significativas. Possui uma dimensão existencial como todas as situações humanas, modificam a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a própria história. Para Mendes (2005), é nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso.

Torna-se, portanto, necessário a adoção de políticas que habilitem os idosos e respaldem a continuidade deles em nossa sociedade, estabelecendo nossos papéis sociais, promovendo o desenvolvimento da independência e autonomia na vida social.

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. (BRASIL, 1994). É um programa permanente do Governo Federal que, orientando-se pelos princípios constitucionais de 1988 e pelos 18 Princípios da ONU, procura fazer cumprir o Art. 230 da Constituição Federal de 1988.

Em linhas gerais, a política ora analisada concebe a velhice como instituição social, devendo por isso ser investigada, discutida e analisada em todos os níveis do relacionamento social. Em assim sendo, “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto do conhecimento e de informação para todos” (BRASIL, 1994, art. 3, II). Trata-se, pois, de uma legislação preocupada em assegurar aos idosos os direitos sociais descritos no Art. 6º da Carta Magna de 1988, a saber: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social e assistência aos desamparados. A preocupação existe não só em assegurar esses direitos, mas também em criar condições para a fruição dos mesmos.

A análise de tais princípios permite-nos afirmar que a lei atende à moderna concepção de Assistência Social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos relacionais e de pertencimento que assegurem mínimos de proteção social, visando a participação, a emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice.

Apesar dessa proposição de esforços nas diferentes áreas do governo, a implementação desta política nos Estados revela apenas ações isoladas e incipientes sobre a realidade da pessoa idosa no país, esbarrando num amplo complexo de variáveis que se entrelaçam, entre elas os reduzidos recursos financeiros tornando-a, de algum modo, apenas um ideal (SILVA, 2006).

Na atualidade, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até à inviolabilidade física, psíquica e moral (Ceneviva, 2004).

Segundo Uvo e Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a **consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade torna-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.**

3.2 QUEDA EM IDOSOS

A queda encontra-se atualmente como um dos principais problemas de saúde pública, por ser um **evento frequente e limitante, sendo considerado também como um grande marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde de idosos.** Para a OMS (2007, p. 18) queda é considerada “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”.

Paixão Júnior e Heckmam (2003) afirmam que para uma queda acontecer é necessário que haja uma perturbação do equilíbrio e **uma falência do sistema de controle postural em compensar essa perturbação.**

O enfoque epidemiológico dado pelo olhar da saúde destaca as quedas como um dos eventos acidentais e/ou violentos que atingem milhares de pessoas idosas em nosso país e são motivo de internações e de mortes, conforme identifica Gawryszewski et al. (2004).

A queda é uma importante causa de morbimortalidade na população envelhecida do Brasil, não só pela sua incidência, mas principalmente devido as suas consequências de grande preocupação entre a comunidade idosa, pois levam a lesões que causam a perda da

independência e mobilidade, comprometendo a sua saúde e qualidade de vida (ARAÚJO, 2011).

A literatura internacional especializada aponta que aproximadamente 30% das pessoas idosas não institucionalizadas com 65 anos ou mais caem pelo menos uma vez e cerca de 15% caem duas vezes ou mais durante um ano (STEL et al., 2004). A incidência de quedas entre idosos saudáveis é de 15% e metade dessas pessoas voltam a cair várias vezes (MASUD; MORRIS, 2001).

No Brasil cerca de 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente, sendo que somente 52% dos idosos não relataram nenhum evento de queda durante um seguimento de dois anos (SILVA, 2008).

Já em outros países a prevalência de quedas entre pessoas com 60 ou mais anos, é de 34% em Santiago/Chile, 33,5% na cidade do México, 28,5% em Buenos Aires/Argentina e de 27% em Montevideo/Uruguai (REYES-ORTIZ et al., 2005).

Gawryszweski et al., (2004) dizem que no Brasil, em 2000, ocorreram 87.177 internações por causas externas em indivíduos com 60 anos ou mais. Dentre essas internações 48.940 eram causadas por quedas, ou seja, 56,1% do total.

Em 2008, as hospitalizações de pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, por queda, representaram 49,12 % de todas as internações de idosos no país. No estado da Paraíba, o percentual de hospitalizações por queda entre os idosos atingiu 52,99% de todas as internações de idosos no estado (BRASIL, 2006). De acordo com Sousa (2008), cerca de 3% das quedas resultam em fraturas, sendo as localizações anatômicas mais freqüentes, a bacia, o fêmur, as vértebras, o úmero, a mão, a perna e o tornozelo. Quanto ao período de ocorrências das quedas, cerca da metade ocorreram pela manhã, 38,1% à tarde e apenas 9,55% à noite e a mesma porcentagem de madrugada (LOJUDICE et al., 2010).

Além da morbidade advinda da queda, a mortalidade entre os idosos por esta causa externa é muito comum. No Brasil, em 2004, as mortes por queda entre os idosos chegaram a 3.024 e esse percentual representou 0,6% de todas as mortes de idosos no país (BRASIL, 2006).

Gonçalves et al., (2008) informam que o processo de envelhecimento é um fenômeno natural da vida, no qual ocorrem mudanças físicas, como perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e de mudanças cognitivas evocadas por problemas de memória e o efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parecem predispor à queda.

Nesse contexto, as quedas frequentemente ocorrem como um somatório de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, sendo difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco ou a um agente causal. Os fatores intrínsecos são aqueles decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos. Os extrínsecos dependem de circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios à pessoa idosa (FABRÍCIO et al., 2004).

Silva (2007) menciona que o envelhecimento traz consigo algumas alterações fisiológicas que podem interferir nas habilidades funcionais das pessoas. As principais alterações anatômicas e funcionais, relacionadas com o processo de envelhecimento ligadas à ocorrência de quedas são as alterações na composição e forma do corpo, como a diminuição da estatura, a distribuição centrípeta da gordura corporal, a perda de massa muscular, a diminuição da massa óssea e o declínio nas aptidões psicomotoras, que, em conjunto, podem provocar a instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, em situações de sobrecarga funcional, e este fato pode predispor o idoso as quedas.

Algumas doenças podem estar diretamente relacionadas a quedas nos idosos, por apresentarem sintomas ou consequências que as propiciam. De acordo com Sousa (2008), destacam-se as patologias neurológicas, como doença de Parkinson, delírios, distúrbios cerebrais, neuropatia periférica e demência; doenças cardiovasculares, tais como, infarto agudo do miocárdio, hipotensão postural, crise hipertensiva e arritmias cardíacas; doenças gastrointestinais como hemorragias e diarreias; doenças metabólicas como hipotireoidismo, hipoglicemia e anemia; doenças geniturinárias como a incontinência; as doenças psicológicas, como ansiedade e as infecções graves (respiratória, urinária, sepse) que também estão associados ao risco de cair entre os idosos.

As quedas podem ter efeitos diretos e/ou indiretos na saúde das pessoas. Os fatores de risco psicológicos, apesar de pouco estudados exercem uma grande influência na ocorrência das mesmas. Ishizuka (2003) aponta, como causa das quedas em idosos, a depressão que pode ocasionar alteração do nível de atenção do idoso, diminuição do comprimento do passo, perda de energia, diminuição da autoconfiança, reclusão, inatividade e indiferença ao ambiente. A ansiedade, presente nesta patologia, acarreta diminuição da atenção, aumento da insegurança e pode causar tonturas, arritmias e dispnéia; já a demência e os estados confusionais agudos, que levam a diversas limitações cognitivas, causam agitação, alteração da consciência, ilusões e alucinações, que pode propiciar as quedas e a negação das limitações físicas pode contribuir para que os idosos ultrapassem seus limites e acabam sofrendo quedas e por fim, o medo de

cair que pode atuar como fator protetor ou um risco quando causa limitação das atividades e insegurança.

O uso de certos medicamentos também pode favorecer a ocorrência de quedas, principalmente por causa de alguns efeitos indesejáveis que podem provocar (ONAGA JOHANA; D'ELBOUX DIOGO, 2007). Quanto maior o número de medicamentos utilizados maior o risco. Algumas drogas são especificamente associadas ao grande número de ocorrência de quedas assim como referem Pereira et al (2001), tais como os ansiolíticos, hipnóticos e antipsicóticos; os antidepressivos; os anti-hipertensivos; os anticolinérgicos; os diuréticos; os antiarrítmicos; os hipoglicemiantes; os antiinflamatórios não-hormonais e o uso de polifármacos.

Por outro lado os fatores extrínsecos relacionados ao ambiente que circunda a pessoa idosa como sua própria residência (armários, pisos irregulares ou escorregadios, ausência de barras no banheiro para se segurar, perigo de tropeços, tapetes soltos, roupões longo, escadas e objetos ou móveis que obrigam o desvio de trajeto e variáveis como a baixa luminosidade) e os locais públicos que ela frequenta, também são motivos de quedas com graves conseqüências para esses sujeitos assim como colocam Coiado, Amaral e Santos (2008).

De acordo com Pereira et al., (2001) os fatores ambientais também podem ter um papel importante em até metade de todas as quedas. Entre os fatores que podem levar uma pessoa idosa a sofrer uma queda estão: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, calçados inadequados, patologias nos pés, maus-tratos, roupas excessivamente compridas e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades.

Os principais fatores de risco para queda, seguidos ou não de fratura, apontados em diversos estudos são: idade, ser do sexo feminino, apresentar perda de massa óssea e densidade mineral, ter baixo índice de massa corporal, apresentar déficit cognitivo, demência, diminuição do tempo de reação neuromuscular, distúrbios no equilíbrio, perda de acuidade visual, quedas anteriores, usar medicamentos, ter artrite, sofrer estresse ou algum evento psicossocial de caráter negativo como morte de ente querido ou aposentadoria (FREITA JÚNIOR, 2006). Para as quedas recorrentes os fatores associados são: história prévia de fratura, sexo feminino, estado conjugal (viúvos, desquitados ou solteiros), não referir leitura como atividade de lazer, dificuldades visuais e nas atividades da vida diária.

As conseqüências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens. Para lesões da mesma gravidade, segundo Mazo (2007), os idosos experimentam desde hematomas e escoriações leves a fraturas, ressaltando-se a fratura de colo de fêmur e o traumatismo cranioencefálico, que conseqüentemente na maioria dos casos geram incapacidade, período mais longos de internações, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte. Intervenções mais eficazes baseiam-se na identificação precoce dos idosos com maior risco de quedas decorrentes ou não de alguma doença, da adequação do espaço físico bem como da prática regular de atividade física.

O mais comum dos fatores traumáticos é a queda, sendo a principal causa de morte para população idosa, que normalmente ocorre em mais de 30% dos casos no domicílio, destes mais de 70% ocorrem no interior da residência, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco (PEREIRA et al., 2001). As atividades que os idosos são encarregados de realizar e alguma instabilidade funcional podem ser os responsáveis pela geração de situações de risco (PERRACINI e RAMOS, 2002).

O maior risco de cair ocorre quando o idoso apresenta vários fatores de risco associados, pois os fatores intrínsecos e extrínsecos agem de forma complementar.

As quedas em pessoas idosas aumentam consideravelmente a morbidade, gerando seqüelas permanentes e incapacidades, e em alguns casos a morte. Ribeiro (2006) constata que 35,3% dos idosos que caíram relatam um declínio no estado funcional, 16,7% diminuíram suas atividades sociais e 15,2% da população do estudo mostraram um declínio em suas atividades físicas como conseqüência direta da última queda.

Dessa forma, o que ocorre é um ciclo que se inicia com a queda e tem como conseqüência primária o medo de cair (REKENEIRE et al., 2003 apud RICCI et al., 2010). Esse medo resulta na perda da confiança na realização das tarefas do cotidiano, restrição nas atividades sociais e dependência aumentada que, por sua vez, levam ao descondicionamento, restrição da mobilidade e isolamento social (Boulgarides et al., 2003 apud RICCI et al., 2010). O ciclo se conclui, finalmente, com a perda da capacidade funcional e, por conseguinte, em maior susceptibilidade do idoso a sofrer novas quedas (RICCI et al., 2010).

Segundo Freire (2001), o evento queda deve ser trabalhado na sua prevenção, assim o conceito de segurança envolve um estado em que os perigos e condições que levem ao dano físico, psicológico ou material são controlados no sentido de se preservar a saúde e o bem estar dos indivíduos idosos da comunidade.

Contudo sendo a queda um dos eventos mais comuns na fase do envelhecimento, o estudo das relações entre essa e seus possíveis fatores de risco podem ser prevenidos por diversas medidas como de educação, avaliação da condição de saúde física e mental, adesão ao tratamento das doenças crônicas, adaptação a acessibilidade do idoso no seu contexto domiciliar e até mesmo nos espaços públicos onde o idoso circula.

3.3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Pessoas fora do ambiente hospitalar com agravos a saúde, incluindo os acidentes e violências ou quadros clínicos agudos, no Brasil e no mundo, configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, tendo em vista seu forte impacto na morbi-mortalidade da população (BRASIL, 2002).

Por esta razão, o transporte de pessoas para o ambiente hospitalar constitui uma necessidade entre os povos. A preocupação em associar os cuidados iniciais para manter a vida, ao transporte das vítimas até a chegada a um hospital, surgiu na França durante a Revolução Francesa no século XVII, por iniciativa do estudante de medicina Dominique Larrey (RODRIGUES, 2007).

Campos et al., (2007) destacam que em tempos atuais, no Brasil, a área de urgência é um importante componente de assistência á saúde. Isto tem resultado em uma crescente demanda por cuidados da equipe de saúde nesta área e contribuindo para a sobrecarga de trabalho. O atendimento de urgência vem funcionando como uma “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de real urgência, aqueles com quadros percebidos como urgência, as urgências sociais, assim como os desgarrados da atenção primária e especializada.

As necessidades imediatas, agudas ou de urgência da população são pontos de pressão que exigem respostas rápidas. O sistema de saúde deve ser capaz de acolher esta clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados de tratamento. Com base nesta necessidade, foi instituído, no Brasil, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) que corresponde aos cuidados prestados na cena do acidente e transporte da vítima até chegar ao hospital de referência. Esta assistência deve ser de tal qualidade que permita ao paciente chegar na instituição com vida e o mínimo de consequência possível (BRASIL, 2003).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 aprovou o Regulamento Técnicos dos Sistemas Estaduais de Urgência e

Emergência e em 2003, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a finalidade de implementar o serviço de atendimento de urgência por meio de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), proporcionando uma assistência indireta (telefone) com uma orientação realizada pela regulação médica, ou direta, pela assistência prestada no local, de forma que, pela diminuição do tempo na prestação do socorro, possa diminuir o índice de mortalidade (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência compreende a assistência prestada, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, cirúrgicas, pediátricas e ainda gineco-obstétricas, baseada na necessidade de realizar, no local da emergência e durante o transporte da vítima, procedimentos especializados (DIAS, 2004).

De acordo com Ciconet (2009), as ações do SAMU são executadas por equipes de Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Avançado de Vida (SAV), que asseguram a atenção no ambiente pré-hospitalar, com base na regulação médica das urgências. As equipes de SBV, compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, capacitadas para assistir os casos com risco moderado, realizam medidas de suporte não invasivas, que correspondem à abordagem inicial da vítima, cuidados básicos de ventilação e circulação, imobilização e transporte aos serviços de emergência. As equipes de SAV, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, para os casos graves, que necessitam de resposta imediata e intervenção mais complexa, executam procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, e realizam transporte de pacientes entre hospitais, denominado transporte medicalizado.

Fernandes apud Brasil (2004) relata que a recepção, análise e priorização do atendimento acontecem através de uma Central de Regulação Médica que estabelece uma porta aberta de comunicação do público com o sistema de saúde, sendo o pedido de socorro acolhido no menor intervalo de tempo possível.

Em Sousa-PB, o SAMU foi criado a partir de iniciativa da Prefeitura da referida cidade, tendo como princípios o atendimento às urgências no campo pré-hospitalar, reguladas pela sua central de regulação. O SAMU de Sousa entrou em operação no dia 31 de outubro de 2005, após período de idealização e adequação, sendo moldado a partir do sistema francês.

O SAMU oferece à população de Sousa o resgate de urgências traumáticas, obstétricas, clínicas e psiquiátricas, que são ocasionados por acidentes com vítimas, e também trabalhos de parto, infarto, parada cardiorrespiratória, crise hipertensiva, convulsão, desmaio, entre outros.

O SAMU registra em média 52 chamadas/dia realizadas a central de regulação, por ano essa média sugere um total de atendimentos em torno de 18.419 ligações para a base de atendimento, que abrange ao todo 26 municípios (Aparecida, Belém do Brejo do Cruz, Bom Sucesso, Brejo do Cruz, Brejo dos Santos, Cajazeirinhas, Catolé do Rocha, Coremas, Jericó, Lagoa, Lastro, Marizópolis, Mato Grosso, Nazarezinho, Paulista, Pombal, Riacho dos Cavalos, Santa Cruz, São Bento, São Domingos de Pombal, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, São José do Brejo do Cruz, Sousa, Vieirópolis, São Bento de Pombal). Dentre as 20 ambulâncias, 15 são unidades de suporte básico (SBV) e 05 são unidades de suporte avançado (SAV), distribuídas entre 10 municípios, os quais fazem parte: Belém do Brejo do Cruz, Bom Sucesso, Brejo do Cruz, Cajazeirinhas, Catolé do Rocha, Coremas, Paulista, Pombal, Santa Cruz, São Bento, São José da Lagoa Tapada e Sousa.

Atualmente existe uma central de regulação que é no município de Sousa e bases externas de concentração de ambulâncias, distribuídas nos outros 25 municípios. As vítimas geralmente são conduzidas, primeiramente, quando cabível (não sendo grave) para os hospitais de suas próprias cidades, caso haja. Quando determinada cidade não possui hospital ou a vítima se encontra grave, os mesmos são encaminhados para os hospitais de referência em Sousa.

O quadro de recursos humanos do SAMU de Sousa, atualmente é composto por 12 médicos, 21 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e 20 condutores socorristas compoem assim o quadro funcional do serviço.

Dalcin e Cavazzola (2005) sustentam que este serviço, que é parte essencial do sistema de saúde, deve ter um papel integrador das ações especializadas nas instâncias da assistência, academia, comunidade e colaborar na formulação de medidas e intervenção nas diferentes áreas como trânsito, locais de trabalho, educação e nos poderes públicos. Além disso, deve atuar como um sinalizador de problemas a serem enfrentados, na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento as urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar e os prognósticos de reabilitação.

Para atingir esse objetivo é necessário que o serviço trabalhe com uma equipe multiprofissional integrada e preparada para refletir positivamente sobre o paciente, uma vez que as possibilidades de sua recuperação estão diretamente relacionadas com a rapidez e eficiência dos serviços prestados na urgência.

De acordo com as diretrizes do SAMU, essa equipe, com exceção do motorista de forma direta, que prestam cuidados diretos às vítimas, deve ter, além da capacitação em SBV e SAV, disposição pessoal para a atividade, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa,

equilíbrio emocional e autocontrole, atuando dentro dos limites e critérios necessários na prestação de um cuidado humanizado.

O médico é o responsável pela Central de Regulação Médica e pelo atendimento às vítimas graves do pré-hospitalar, fazendo também parte da equipe que integra as viaturas da **Unidade de Suporte Avançado**. O enfermeiro faz parte desta equipe, prestando o atendimento ao paciente grave juntamente com o médico, o técnico de enfermagem e o condutor socorrista (condutor de veículo de urgência); atuando também na supervisão e avaliação das ações de enfermagem da equipe no APH (JARDIM; CONCEIÇÃO, CARVALHO, 2004).

O técnico de enfermagem é o profissional que integra as viaturas de suporte básico ou avançado de vida, auxilia na assistência e presta cuidado direto ou à distância, sob supervisão do enfermeiro, observa, reconhece e descreve sinais e sintomas, de acordo com sua **competência, administra medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina ou por aquele que está na ambulância, faz curativo, presta cuidados de conforto ao paciente e zela pela sua segurança, realiza manobras de extração manual de vítimas.**

O condutor socorrista (condutor de veículo de urgência) é um profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência, tanto o de suporte básico como o avançado (RODRIGUES, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, nos últimos dez anos, vem sendo melhorado e expandindo o sistema de atendimento pré-hospitalar, realidade esta percebida nas políticas de saúde pública. Atualmente, a rede nacional conta com 124 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil.

Ao todo, 1.037 municípios são atendidos pelo SAMU, num total de 96.5 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras, o serviço está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, **Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luiz, São Paulo, Teresina, Boa Vista e Vitória** (BRASIL, 2007).

Historicamente, o nível de resposta do sistema de saúde às urgências e emergências é insuficiente, provocando a superlotação das portas dos hospitais e prontos-socorros, mesmo quando a doença ou quadro clínico não é característica de um atendimento de emergência ou urgência. Com a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade devido ao crescimento dos traumas, esses atendimentos ganham maior relevância, causando forte

impacto ao setor saúde e sua resposta a tal demanda é fundamental para minimizar as sequelas decorrentes desse quadro (DALLARI, PITTELLI, PIROTTA, 2000).

O trauma é um ferimento que apresenta como variáveis a extensão, a intensidade e a gravidade, sendo provocado por agentes externos que podem ser físicos, químicos ou outros, de forma não intencional. Entretanto, segundo especialistas nessa área, trata-se de uma doença e, portanto, pode ser evitada e, dependendo de suas variáveis, é capaz de provocar a morte (FERREIRA, 1999).

De acordo com Ma e Debehne apud Tintinalli, Ruiz e Krome (1996), espera-se que com o rápido crescimento da população de idosos, a incidência do traumatismo geriátrico aumente. Portanto, é preciso que os médicos socorristas conheçam muitos destes mecanismos peculiares de lesões e dos padrões associados ao traumatismo geriátrico. Além disso, as pessoas idosas também respondem de maneira diferente ao traumatismo porque alterações relacionadas com a idade determinam diminuição da reserva fisiológica (MA; DeBEHNKE apud TINTINALLI; RUIZ; KROME, 1996).

Em virtude das diversas alterações fisiológicas e psíquicas no paciente idoso, o atendimento a pacientes geriátricos vítimas de traumas deve ser diferenciado.

É preciso que os profissionais dos serviços de saúde, dos setores de emergência, preparem-se cada vez melhor para saber reconhecer sinais de violência no idoso deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços para que o tratamento seja instituído com o mínimo de interferência no organismo do paciente senil, aumentando assim, sua possibilidade de sobrevivência (MELO et al., 2004).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Fiorezer (2002), o processo metodológico é um conjunto de procedimentos pelos quais se torna possível desenvolverem técnicas que permitam alcançar um determinado objetivo, sendo utilizado para descrever de modo ordenado e para expor uma solução, que seja **entendida e compreendida por outras pessoas**. Nesse contexto o método leva a apresentar o tema proposto, formular hipóteses do mesmo, observar e fazer experimentos, avaliar os dados obtidos, tirar conclusões e relatar todo o método que será desenvolvido.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com desenho metodológico quantitativo do tipo **exploratório-descritivo e transversal, com a utilização de dados secundários provenientes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**.

Para Cervo e Bervain (2002), o estudo descritivo busca o conhecimento de situações de vida sociopolítica e econômica e de aspectos do comportamento humano, tanto de indivíduos quanto de comunidades, descrevendo suas características, propriedades ou relações.

Dentre as pesquisas com metodologia quantitativa não experimental, a pesquisa **descritiva tem como objetivo observar, descrever e documentar determinado fenômeno estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)**. A vantagem desse tipo de estudo, segundo as autoras, é permitir a coleta de um número grande de dados sobre um assunto, podendo servir para a elaboração de correlações importantes na área da saúde, em período inferior e com custo menor daquele que seria utilizado para uma pesquisa experimental.

A pesquisa transversal trata de um evento corrido em um tempo predeterminado pelo pesquisador, retrata a relação entre as variáveis naquele momento, quando essas foram levantadas, permite a detecção de frequência de ocorrência de agravos à saúde, identificando grupos mais acometidos. Permite a coleta de dados pertinentes, gerando informações sobre prevalência de determinado evento. Nesse tipo de estudo, deve-se ficar atento as relações causais, pois é aspecto limitante no estudo transversal, visto que o pesquisador fixa o período em que é realizado o estudo, permitindo compreender a realidade naquele determinado corte temporal (PEREIRA, 2002).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no SAMU do município de Sousa, Paraíba (PB), situado no Alto Sertão Paraibano. Possui área territorial de 842.000 km², população estimada em 65.752 mil habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010.

O SAMU é um programa do governo federal que tem por finalidade prestar socorro à população em casos de urgência, buscando assim reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. Este serviço funciona 24 horas por dia e conta com uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas, que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população e realiza atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar (residências, locais de trabalho e vias públicas).

Este serviço avançado se fundamenta na Política Nacional de Atenção às Urgências, o qual foi implantado no dia 31 de outubro de 2005, com o objetivo de atender a cidade de Sousa e mais 25 municípios circunvizinhos, possuindo uma base descentralizada em Pombal/PB.

Hoje, o SAMU conta com 20 ambulâncias, sendo 05 Unidades de Suporte Avançado (USA) e 15 Unidades de Suporte Básico (USB) que funcionam 24 horas por dia, através do número gratuito 192. É formado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores socorristas, técnico de regulação médica (TARM), rádio operadores (RO) e auxiliares de serviço geral.

A escolha por este local se deu devido à acessibilidade, visto que a pesquisadora responsável atua neste serviço, por ser considerado referência na área de urgência/emergência na cidade e por atender ocorrências de origem traumática como quedas.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população e amostra do estudo foram compostas por 116 idosos vítimas de quedas que foram socorridos pelo SAMU do município de Sousa (PB) durante o período de outubro de 2010 a outubro de 2011.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão, foram selecionados para o estudo idosos com idade igual ou acima de 60 anos, independente do gênero, residentes não só em Sousa, mas também em outras cidades que correspondem às áreas de abrangência de atendimento do SAMU, vítimas de quedas e socorridos pela equipe do referido serviço.

Não participaram do estudo pessoas com idade inferior a 60 anos e idosos cujas fichas não estivessem preenchidas corretamente.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado para coleta de dados um instrumento elaborado de forma simples e completa a partir da ficha de ocorrência empregada para o atendimento no SAMU (Apêndice A), que possibilitou recolher por meio da técnica de pesquisa documental indireta, as variáveis: endereço, sexo, idade, a hora, o dia da semana, o mês e o local do acidente (queda), fatores relacionados e altura das quedas, tipos de lesões e regiões atingidas, principais sinais e sintomas, destino e condições da vítima, resposta do serviço e os principais procedimentos realizados.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente foi solicitado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus Cajazeiras-PB, ofício direcionado a direção do SAMU, que foi utilizado como campo de trabalho, apresentando os objetivos da pesquisa e autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) - UFCG (Anexo B) teve início à pesquisa.

Os dados relativos às vítimas de quedas foram colhidos através das fichas de registro de atendimento do SAMU, referente ao período de outubro/2010 a outubro/2011.

Os dados foram coletados no mês de Outubro de 2011 por meio da técnica de pesquisa documental indireta, em formulário específico, por um único pesquisador, no qual foram avaliadas todas as fichas de ocorrência de indivíduos idosos vítimas de traumas atendidos no período referenciado.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através do instrumento de coleta de dados e em seguida codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0. Com base nesta análise estatística, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007 para elaboração dos gráficos e tabelas contendo frequência absoluta e percentual e em seguida confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

4.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolve pesquisas com seres humanos.

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) – UFCG, informando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa.

Em seguida, foi apreciado pelo referido Comitê de Ética, tendo sido aprovado sob o ofício nº 20111410 – 052 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

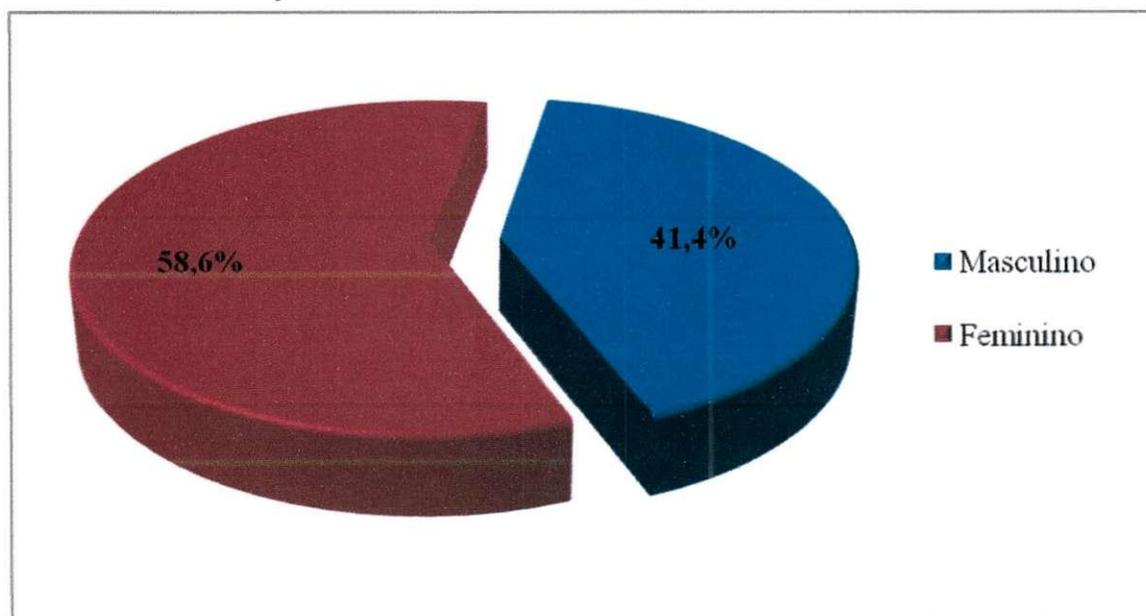
Os resultados e as discussões serão apresentados em dois momentos. No primeiro momento será abordada a caracterização da amostra e em seguida, as circunstâncias e consequências das quedas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS

De acordo com as fichas de atendimento do SAMU de Sousa-PB no período de Outubro de 2010 a Outubro de 2011, o serviço foi acionado para socorrer 116 idosos vítimas de quedas.

Com relação ao gênero a amostra foi composta por 68 (58,6%) idosos pertencentes ao sexo feminino e 48 (41,4%) ao sexo masculino, sendo a porcentagem de elementos do sexo feminino superior aos elementos do sexo masculino.

Gráfico 1 - Distribuição de amostra de acordo com o sexo.



A maior frequência de quedas em idosos do sexo feminino em relação àqueles do sexo masculino, encontrada no presente estudo, já foi referida e está bem retratada tanto na literatura internacional (KELLY et al., 2003), quanto na nacional (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Freitas Júnior (2006), em um estudo prospectivo realizado com o objetivo de avaliar, através de um modelo de regressão logística, o risco relativo das mulheres caírem mais, quando comparado aos homens, identificaram que as chances de quedas entre as mulheres era cerca de duas vezes maior, concordando com Perracini e Ramos (2002) que em um estudo de seguimento de dois anos de uma coorte de 1667 idosos, residentes na comunidade, encontrou que o fato de ser mulher aumenta a chance de queda de forma independente e significativa em cerca de duas vezes. Em outro estudo, Vellas, Garry e Baumgartner (1998), observaram que o risco de quedas associado ao sexo feminino aumenta depois de se ajustar as variáveis, idade, índice de massa corpórea, distúrbios de marcha e equilíbrio corporal, assim como o uso de medicamentos. Tinetti (1987), ao avaliar a contribuição das desordens crônicas nos acidentes por quedas em 79 idosos, verificou que 68% eram mulheres.

São várias as explicações para a maior ocorrência de quedas entre as mulheres, embora não totalmente esclarecidas e consensuais. A maior fragilidade do sexo feminino em relação ao masculino, maior prevalência de doenças crônicas, como a osteoporose e maior exposição às atividades domésticas, poderiam estar relacionadas a algum risco.

Berg et al. (1997) indicam ainda como possíveis fatores que predispõem as mulheres às quedas, a idade mais avançada, menor frequência de atividades externas, maior utilização de medicamentos, menor força muscular e preensão. Fried et al. (2000) concluíram, após um estudo longitudinal de sete anos com objetivo de desenvolver e operacionalizar um perfil sindrômico para fragilidade em idosos, que a probabilidade de se tornar frágil é maior entre as mulheres, provavelmente pelo fato de que a quantidade de massa magra e de força muscular serem menores do que nos homens com mesma idade. Além disso, consideram também o fato das mulheres estarem mais expostas a fatores extrínsecos que os homens.

Esta diferença de percentagem entre homens e mulheres provavelmente também ocorre porque a população de mulheres idosas é maior do que a de homens idosos, principalmente entre as faixas mais avançadas. Em Sousa 56,7% da população de pessoas com sessenta anos e mais é de mulheres (IBGE, 2010) e, considerando que a média de idade dos acidentados foi de 76 anos, a percentagem de 58,6% de mulheres era esperada.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.

| Faixa etária | f | % |
|---------------------|------------|--------------|
| 60 -70 anos | 35 | 30,2 |
| 71- 80 anos | 34 | 29,3 |
| 81- 90 anos | 35 | 30,2 |
| 91- 100 anos | 11 | 9,5 |
| Mais de 100 anos | 1 | 0,9 |
| Total | 116 | 100,0 |

No que corresponde à idade dos idosos inseridos no estudo, verifica-se que a maioria, 35 casos (30,2%), das ocorrências de quedas foi em pacientes entre 60 e 65 anos e 81 e 90 de idade. Ainda se observou 34 casos de atendimentos a idosos de 71 a 80 anos (29,3%) e 11 casos entre 90 e 100 anos, com percentual considerável (9,5%). Trata-se de uma população que requer maior atenção em relação à possibilidade de complicações próprias da idade, de comorbidades e outras limitações presentes.

Com o avançar dos tempos verifica-se que a população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida, prevendo-se que continue a envelhecer nas próximas décadas, para tal basta verificar os dados da OMS (1998), que nos informa que em 2025 haverá mais de 800 milhões de idosos e que em 2050 o número de idosos com idade superior a 60 anos irá ultrapassar o número de jovens com idade inferior a 15 anos.

O atual perfil de envelhecimento na região das Américas decorre de padrões de crescimento populacional vivenciado nas últimas décadas, caracterizado pelo brusco declínio da mortalidade após a década de 40, diminuição dos níveis de fecundidade, relativa modificações nos padrões socioeconômicos que acarretam processo de envelhecimento muito mais rápido que em muitos países desenvolvidos, além da elevação da idade média da população e do aumento na velocidade de envelhecimento (OPAS, 2003).

Para Coelho et al., (2010), entende-se, portanto, que, diversos aspectos contribuem para o elevado percentual de idosos atendidos. Em primeiro lugar, o processo de envelhecimento associa-se ao aumento dos riscos de incidências de inúmeras doenças, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos.

5.2 CIRCUNSTÂNCIAS E CARACTERÍSTICAS DA QUEDA

Tabela 2 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de quedas de acordo com o mês da ocorrência.

| Mês/Ano | f | % |
|------------------|------------|--------------|
| Outubro 2010 | 13 | 11,2 |
| Novembro 2010 | 6 | 5,2 |
| Dezembro 2010 | 6 | 5,2 |
| Janeiro 2011 | 12 | 10,3 |
| Fevereiro 2011 | 6 | 5,2 |
| Março 2011 | 5 | 4,3 |
| Abril 2011 | 10 | 8,6 |
| Maio 2011 | 17 | 14,7 |
| Junho 2011 | 6 | 5,2 |
| Julho 2011 | 15 | 12,9 |
| Agosto 2011 | 5 | 4,3 |
| Setembro 2011 | 9 | 7,8 |
| Outubro 2011 | 6 | 5,2 |
| Total | 116 | 100,0 |

Quanto ao período de ocorrência do trauma os idosos sofreram quedas com certa homogeneidade em todos os meses do ano, considerando o total de idosos que caíram e foram socorridos pelo SAMU (Tabela 2).

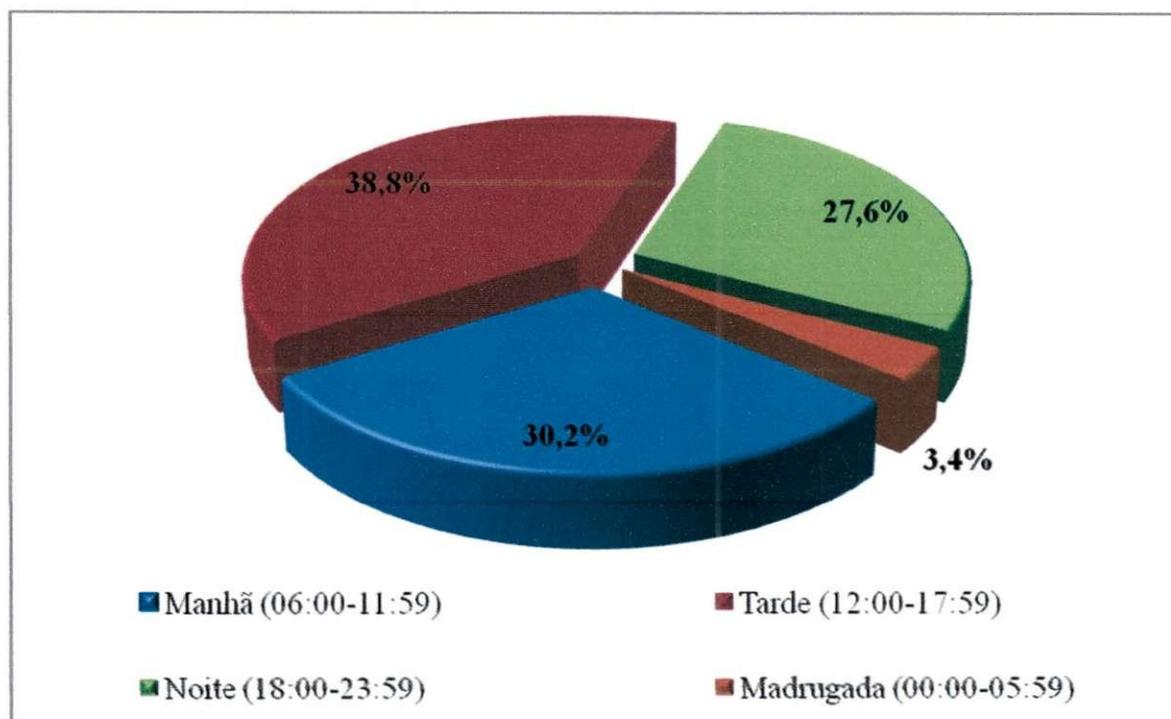
Tanto a literatura nacional como a internacional são escassas no que diz respeito aos aspectos relacionados com a distribuição mensal de ocorrência de quedas em idosos. A homogeneidade do número de quedas em todos os meses encontrada no presente estudo está consoante com o apresentado por Berg et al. (1997) diferindo apenas no que se refere aos meses de maior concentração das quedas e a estação climática específica de cada período.

Este autor, em um estudo realizado nos Estados Unidos, encontrou que a maior concentração das quedas ocorreu nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, período tipicamente frio naquele país, predispondo os idosos a sofrerem escorregões em virtude de um aumento nas atividades básicas domiciliares e da presença de neve ou gelo nos ambientes externos às suas residências. Riera, Trevisani e Ribeiro (2003) em um artigo de revisão sobre osteoporose e a importância da prevenção de quedas em idosos, relatam que, nos meses de inverno e dias mais frios, há um aumento da frequência de quedas, porém, os autores não discutem as causas que levariam a essa diferença de incidência em relação aos meses de temperaturas mais elevadas no ano.

No presente estudo, o período que apresentou um discreto aumento no número de quedas foi o correspondente ao mês de maio de 2011, com 17 (14,7%) ocorrências que, durante o ano, apresenta temperatura elevada e pouco volume pluviométrico (MINISTÉRIO

DE MINAS E ENERGIA, 2011). Possivelmente as condições climáticas possam influir na ocorrência das quedas em função de alterações ambientais domiciliares e mudanças comportamentais, como o aumento nas atividades externas, que predisporiam os idosos a caírem mais em determinada época do ano.

Gráfico 2 - Distribuição das quedas de acordo com o horário de ocorrência.



O gráfico 2 traz os dados referentes ao horário das ocorrências. O período da tarde foi o período em que mais ocorreram acidentes, totalizando 45 (38,8%) dos 116 casos.

Em relação ao período do dia em que houve maior ocorrência de quedas, os dados encontrados no presente estudo estão de acordo com a literatura. Homero et al. (2003) realizaram um estudo prospectivo e descritivo durante oito meses, com o objetivo de avaliar a incidência de quedas em idosos em uma população de 453 pessoas com sessenta anos ou mais, concluindo que cerca de 80% das quedas ocorreram no período diurno.

Um levantamento feito no Brasil, com vítimas de todas as idades, mostrou que, de 2001 a 2005, mais de 50% dos traumas ocorreram durante o dia (MELLO JORGE; KOIZUME, 2007), o que também foi referido por Gonzáles, Marin e Pereira (2001) ao avaliarem as características das quedas em idosos que viviam em comunidade, associando o período do dia em que as quedas ocorreram a uma possibilidade de que as atividades

desenvolvidas dentro dos domicílios se incrementem neste momento. Johanson (1998) refere que a maioria das quedas ocorre em períodos diferentes, entre 10:00 e 12:00 horas e 15:00 e 16:00 horas e a possibilidade de uma maior incidência de quedas estar associada a atividades realizadas fora do domicílio.

Apesar da maior concentração de quedas ter ocorrido em intervalos específicos de horários do dia, a maior prevalência no horário diurno, conforme apontado no presente estudo, possivelmente está relacionada com a intensificação das atividades domésticas nestes horários e com maior movimentação das pessoas dentro dos domicílios, podendo predispor os idosos a maior número de fatores extrínsecos ambientais (MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, 2000). A menor frequência de quedas ocorridas durante a madrugada parece contrariar a idéia de que os idosos caem mais quando vão ao banheiro ou a cozinha durante a noite.

Tabela 3 - Distribuição das quedas de acordo com o local de ocorrência.

| Local da ocorrência | f | % |
|----------------------------|------------|------------|
| Sousa | 112 | 96,5 |
| Uiraúna | 2 | 1,7 |
| Marizópolis | 1 | 0,9 |
| São Bento de Pombal | 1 | 0,9 |
| Total | 116 | 100 |

Os dados da tabela 3 são de grande importância para o uso epidemiológico das informações sobre a taxa de vítimas que são atendidas pelo SAMU. O requisito de preenchimento da localização da vítima foi obrigatório, pois assim pudemos obter as informações sobre as procedências das vítimas atendidas.

Vê-se que as vítimas atendidas pelo SAMU procedentes de outros municípios são muito baixas, em relação à população do próprio município (96,5%), pois como pode-se observar, as vítimas de quedas residentes em Uiraúna totalizaram 2 (1,7%) vítimas, Marizópolis e São Bento de Pombal apenas 1 (0,9%) atendimento cada.

Silva (2007) em estudo realizado em Florianópolis – SC constatou que os atendimentos de indivíduos residentes no próprio município corresponderam a 84% das vítimas.

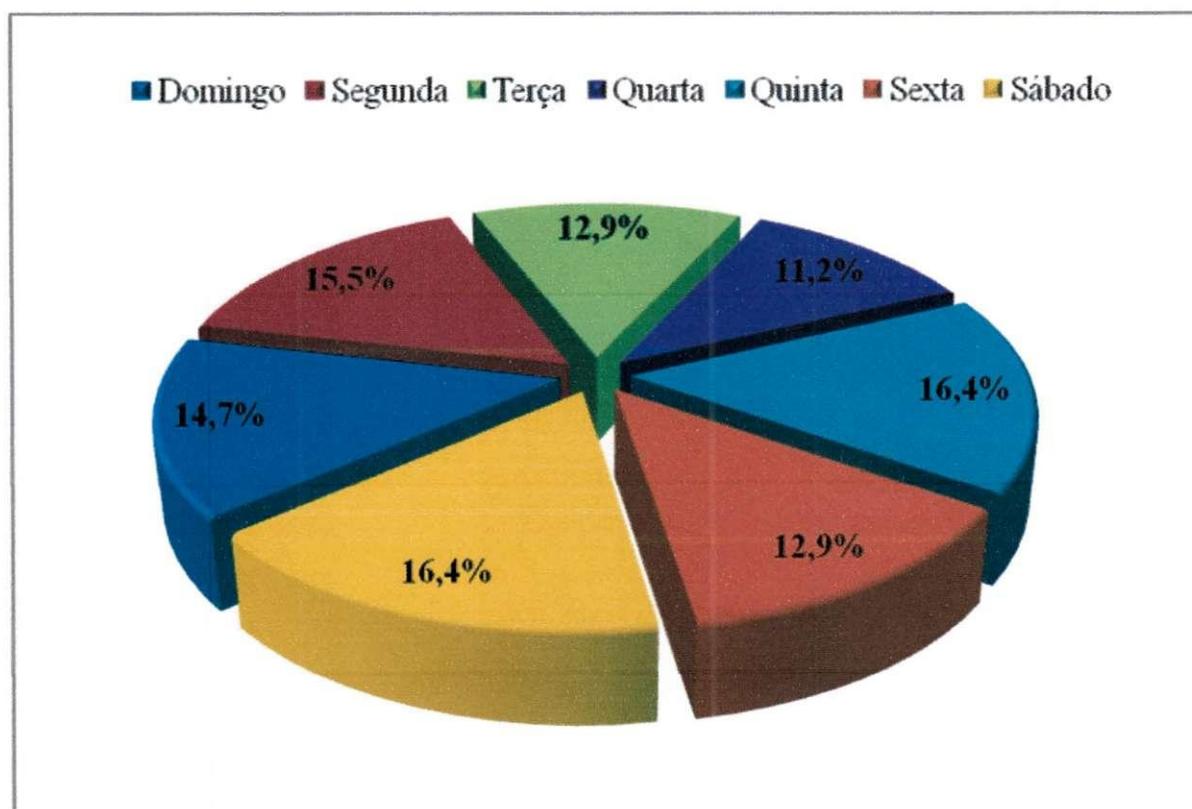
Para Furtado et al. (2004) 90% dos atendimentos do serviço de urgência forma de vítimas procedentes do município de Recife, onde está situado o hospital de estudo.

No estudo de Rocha (2005) a maioria dos atendimentos também correspondeu aos moradores do município onde estava localizado a Unidade de Pronto Atendimento, Belo Horizonte – MG.

O estudo realizado por Jacobs e Matos (2005) constatou que 86,5% das vítimas eram de Salvador – BA, município onde esta localizado o serviço de urgência.

Identificar o município de origem das vítimas, permite caracterizar o fluxo dos atendimentos do SAMU, favorecendo o diagnóstico de possíveis distorções, bem como, pode permitir a avaliação da pertinência dos encaminhamentos para um serviço hospitalar. Desse modo é possível implementar melhorias e a capacitação das equipes nas unidades e municípios para melhorar a resolutividade dentro do próprio serviço.

Gráfico 3 - Distribuição das quedas de acordo com o dia da semana.

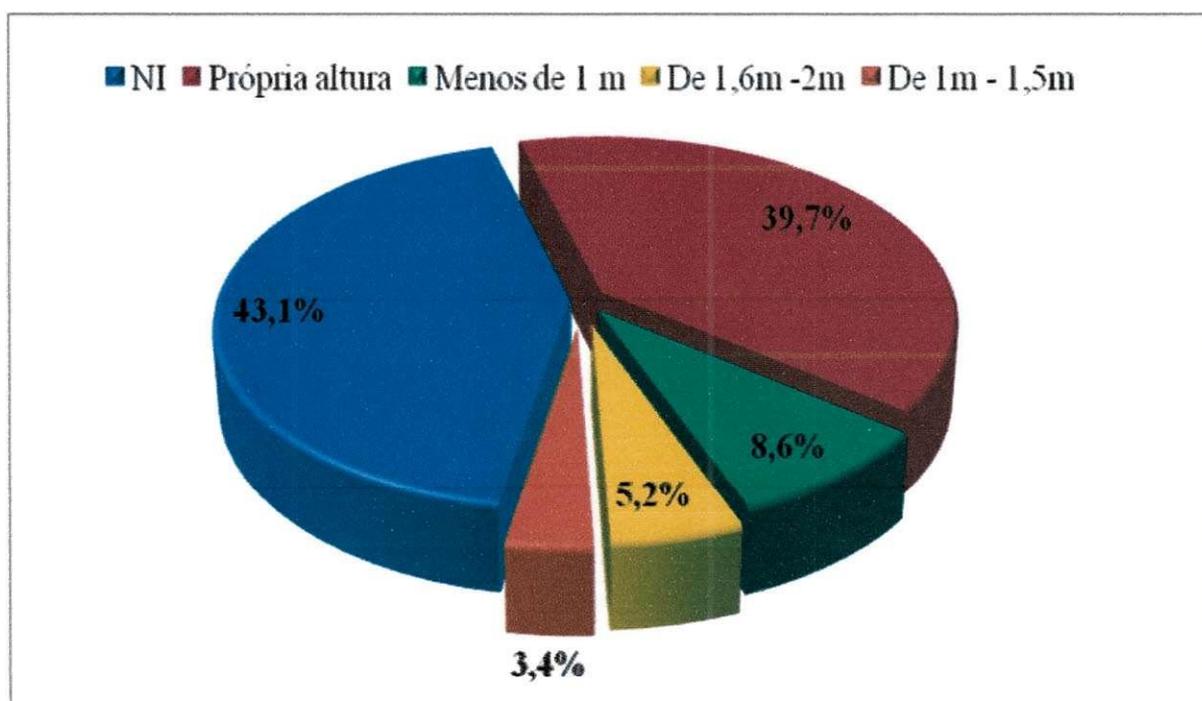


Em relação ao dia da semana em que os atendimentos ocorreram, observa-se uma distribuição semelhante em todos os dias da semana. Porém deve-se destacar que os maiores percentuais foram observados nos dias de quinta-feira e sábado com 19 (16,4% 16,4%, respectivamente) ocorrências.

Analisar as características temporais traz certa dificuldade pela escassez de publicações científicas. Essas variáveis, por vezes, não estão descritas na maioria dos artigos com idosos vítimas de traumas. Isto restringe a análise a algumas limitações, ora com relação ao gênero, ora com relação à idade. Soma-se a isto a pouca valorização quanto ao período do dia e da semana que o acidente aconteceu

Para os dias da semana em que as ocorrências aconteceram destaca-se a quarta - feira, que foi o dia em que menos ocorreram atendimentos, apenas 13 (11,2%), sendo a quinta-feira e o sábado os dias com maior frequência de ocorrências, 19 (16,4%) cada. Estudo realizado por Mesquita Filho e Mello Jorge (2007), em contrapondo, constatou que a maioria dos acidentes (47,9%) acontecem na sexta-feira, sábado e domingo.

Gráfico 4 - Distribuição das quedas de acordo com a altura



No gráfico 5 é demonstrada a especificação dos tipos de quedas. Do total das quedas, 96 (82,8%) vítimas, foram registradas como queda da própria altura e 20 (17,2%) como quedas de outros níveis.

À medida que a idade vai avançando, aumenta o índice da queda da própria altura. Kaufmann, apud Ebersole; Hess (1994) mostraram que 13% das causas das quedas em idosos

ocorrem devido aos aspectos da idade, 37% devido aos perigos do meio ambiente e 50%, resultam de problemas patológicos.

Estudos como o de Pereira et al. (2010) e Gawryszewski (2010), demonstraram que as quedas da própria altura ou do mesmo nível também foram mais significativas em suas investigações.

As quedas determinam complicações que refletem de maneira negativa na qualidade de vida dos idosos, além de provocarem outras consequências, como por exemplo, o medo de cair novamente (RIBEIRO et al., 2008). Os idosos ficam expostos a vários fatores de riscos, principalmente em suas residências. Um indivíduo acima de 80 anos de idade sofre mais acidentes em casa do que aqueles com idade menos avançada. Portanto, é de fundamental importância a realização de ações que diminuam esses fatores, como a avaliação do ambiente domiciliar e a realização de adaptações de suas residências (BARBOSA; NASCIMENTO, 2001).

As ações e adaptações mais recomendadas são: usar sapatos apropriados e dispositivos de apoio para marcha (bengala, muleta, andador); evitar cadeiras muito baixas, camas muito altas, uso de chinelos; guardar itens pessoais e objetos mais usados no nível do olhar (ou um pouco mais em baixo). Quanto às adaptações nas residências: retirar tapetes soltos, cordões e fios do assoalho; consertar tacos soltos e bordas soltas de carpetes e não encerar pisos; substituir ou consertar móveis instáveis; instalar corrimãos nas escadas e faixas nas bordas dos degraus; providenciar iluminação adequada para a noite (principalmente nas escadas e nos corredores, caminho para o banheiro). No banheiro, instalar vaso sanitário mais alto, barras de apoio próximas à banheira, ao chuveiro e ao vaso sanitário. Os capachos e tapetes devem ser antiderrapantes. Na parte externa da residência, consertar calçadas e degraus quebrados, limpar caminhos e remover entulhos, instalar corrimãos em escadas e rampas, instalar iluminação adequada nas calçadas, portas e escadas (EBERSOLE; HESS, 1994; MOSENTHAL, 1995; YUASO; SGUZZATTO, 1996).

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes familiares.

| Antecedentes | f | % |
|---------------------|----------|----------|
| NI | 72 | 62,1 |
| HAS | 18 | 16,2 |
| Diabetes | 11 | 9,9 |
| AVC | 4 | 3,4 |
| Medicamentos | 4 | 3,4 |
| Alcoolismo | 3 | 2,6 |

| | | |
|------------------------------------|---|-----|
| Doença cardíaca | 2 | 1,7 |
| Convulsões | 2 | 1,7 |
| Cirurgias | 1 | 0,9 |
| Doença mental | 1 | 0,9 |
| Internamentos anteriores | 1 | 0,9 |
| Outros | 1 | 0,9 |
| Portador de necessidades especiais | 1 | 0,9 |
| Demência senil | 1 | 0,9 |

Nota: Resposta múltipla, soma maior que 100%

Relativamente aos problemas de saúde (patologias/doenças) verifica-se que alguns idosos apresentam uma ou mais patologias/doenças, cerca de 50 (44,3%) achados, e 72 (62,1%) dos idosos estudados não havia na ficha de ocorrência nenhuma informação a respeito dos antecedentes. Este estudo aponta o proferido por Carvalho Filho (2000) que nos indicam que o idoso é um ser onde os processos patológicos ocorrem com maior incidência. Verificando-se que um bom percentual da nossa amostra apresenta problemas de saúde, torna-se importante verificar quais são os problemas que os afetam. Perante a análise da Tabela 7 verificamos que os problemas de saúde hipertensão com 18 (16,2%) casos e diabetes com 11 (9,9%) são os mais frequentes entre os idosos estudados.

Segundo Kay e Tideikssar (1995), as principais condições intrínsecas que predis põem à queda são aquelas referentes às doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas e sensoriais.

Os dados do presente estudo relativos às doenças pré-existentes à queda, principalmente aquelas de evolução crônica, corroboram dados da literatura. Carvalho (2000) observou problemas como hipertensão em 44,7% dos pacientes e diabetes em 18%. Moura et al., (1999) também relata tais condições de agravos como possíveis fatores predisponentes às quedas.

De acordo com Brito e Costa (2001), muitas doenças infecciosas em idosos apresentam-se clinicamente atípicas, podendo ser a queda seu primeiro indício. No entanto, apontam que, na maioria dos estudos, não se encontrou associação entre quedas com alterações cardiovasculares, como a hipotensão postural, mesmo sabendo-se que esta poderia levar os pacientes diabéticos a apresentarem risco maior de hipotensão ortostática como consequência de alterações do sistema nervoso autônomo.

As doenças cardiovasculares, como a hipertensão apresenta um aumento significativo após os 50 anos. Quando não diagnosticada ou não tratada adequadamente, a hipertensão pode

causar impactos negativos na morbidade e mortalidade cardiovascular. Entre essas, destacam-se as lesões de órgãos – alvos, como hipertrofia do ventrículo esquerdo, Acidente Vascular Cerebral (AVC), retinopatia hipertensiva, nefropatia hipertensiva, entre outras (LOPES e DRAGER, 2009).

Segundo estudo realizado no Brasil, a prevalência da hipertensão verificada, na cidade do Rio de Janeiro, entre indivíduos com 60 anos ou mais, entre os anos de 2002-2003, foi igual a 51,% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Na primeira pesquisa sobre saúde e condições de vida do idoso realizada em 2006, Caetano, Iozzi e Carneiro (2008), encontraram prevalência de hipertensão arterial em 62,9% da população. Os autores não encontraram diferença significativa entre faixas etárias.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de lesão.

| Tipo de lesão | F | % |
|----------------------|----------|----------|
| Ferimento | 38 | 32,8 |
| Contusão | 18 | 15,5 |
| Escoriação | 13 | 11,2 |
| Suspeita de fratura | 9 | 7,8 |
| Hematoma | 6 | 5,2 |
| Edema | 6 | 5,2 |
| Fratura | 3 | 2,6 |
| Luxação | 2 | 1,7 |

Nota: Respostas múltiplas, soma maior que 100%.

Segundo a natureza da lesão, os ferimentos foram os mais frequentes com 38 (32,2%) vítimas, seguido de contusão com 18 (15,5%) e em terceiro lugar as escoriações com 13 (11,2%) vítimas. As luxações ficaram em último lugar com apenas 2 (1,7%) casos.

Em outros estudos, os ferimentos (cortes) com 1149 (39,7%) vítimas, seguidos de traumatismo superficial com 471 (16,3%) vítimas, e em terceiro lugar outra natureza com 469 (16,2%) vítimas, foram os mais frequentes (OLIVEIRA, 2006). Resultados semelhantes também foram verificados em vítimas atendidas em Prontos Atendimentos, onde os ferimentos aparecem em primeiro lugar com 382 (66,4%) dos casos, seguidos por traumatismo superficial com 114 (19,8%) e luxações com 30 (5,2%) (MESQUITA FILHO, 2003).

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a região do corpo atingida.

| Região atingida | F | % |
|-----------------|----|------|
| Cabeça | 35 | 31,5 |
| MMII | 33 | 29,7 |
| NI | 28 | 24,1 |
| MMSS | 23 | 20,7 |
| Torácica | 4 | 3,4 |
| Abdominal | 1 | 0,9 |
| Sacral | 1 | 0,9 |

Nota: Respostas múltiplas, soma maior que 100%

As três regiões mais atingidas em decorrência da queda foram: cabeça 35 (31,5%) casos, membros inferiores 33 (29,7%) e membros superiores 23 (20,7%). A não informação nas fichas de ocorrências quanto à área lesada atingiu um percentual de (24,1%), referente a 28 ocorrências, conforme mostram os dados da Tabela 9.

Barros Filho e Napolli, apud Papaléo Netto (1996), mencionam que as fraturas mais características do idoso ocorrem na região do colo do fêmur. Esta fratura ocorre com traumatismo mínimo, como na queda da própria altura; nas crianças e nos indivíduos jovens, é necessário um traumatismo grave, para que este mesmo osso frature.

Em um estudo realizado por Nickens (1995) dos 418 idosos que sofreram quedas: 234 ocorreram por razões intrínsecas, como: vertigem, confusão, dificuldades de caminhar. Em 184 casos, os acidentes ocorreram por causas extrínsecas, ou seja, causas relacionadas ao ambiente dos idosos, os quais foram hospitalizados; 30 tinham diagnóstico de fratura de membros inferiores e 43 morreram após um período de internação. Já em estudos mais recentes realizados em Prontos Atendimentos como o de Mesquita Filho (2003) verificou-se que os agravos mais comuns estão localizados na região da cabeça (40%), membros superiores (27,9%) e membros inferiores (23,2%).

Em outro estudo, os resultados foram semelhantes, com proporções muito parecidas entre os três mais comuns de lesões ocasionadas por causas externas. As lesões na região da cabeça obtiveram 32,8%, os membros inferiores 30,5% e membros superiores 26,9% (DESLANDES; SILVA, 2007).

Outros estudos mostram também que essas são as localizações mais importantes de lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas, causadas geralmente por ferimentos e traumatismos.

Portanto, podemos notar que o presente estudo corrobora com os autores acima quanto às partes do corpo mais frequentemente atingidas nas vítimas de traumas.

Destaca-se, ainda nos dados da Tabela 9 que, o total das áreas corpóreas atingidas por lesões foi de 125 (incluindo as não informadas). Isso ocorreu porque pequena parcela das vítimas tinha registro de dois ou três locais com lesões.

Considerando-se que, nas fichas de ocorrências utilizadas na coleta dos dados, apenas 68 (58,6%) vítimas tinham registro de lesões e foram analisadas 97 lesões, portanto, a média de lesões por vítima foi de 1,4.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com os fatores relacionados à queda.

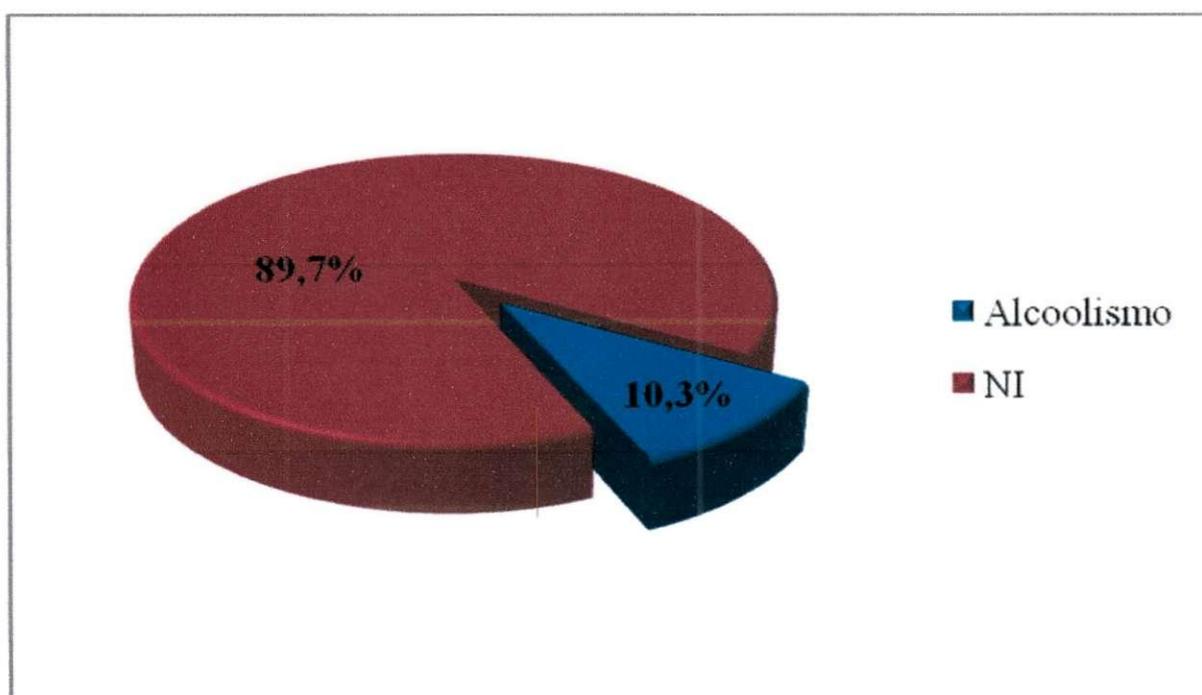


Tabela 7 – Distribuição dos fatores relacionados à queda dividido por gênero.

| | Masculino | | Feminino | | Total | |
|------------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | f | % | f | % | f | % |
| Alcoolismo | 10 | 83,3 | 2 | 16,7 | 12 | 100 |

O gráfico 5 reflete muito bem os dados dos idosos vítimas de quedas com fatores relacionados ao álcool. Dos 116 idosos 12 (10,3%) apresentaram sinais de consumo de álcool

e 104 (89,7%) não foi informado se houve consumo de álcool. Constata-se ainda que a proporção de alcoolizados foi quatro vezes maior em homens, com 10 (83,3%) casos, do que nas mulheres, que foram apenas 2 (16,7%) (Tabela 7).

No presente trabalho, foram encontrados poucos estudos específicos sobre a frequência de consumo de álcool entre pessoas idosas no Brasil. Os dados disponíveis sobre o papel do álcool na origem de traumas e quedas em indivíduos idosos derivam, principalmente, de análises retrospectivas; provavelmente, pelas dificuldades inerentes à realização de estudos prospectivos.

No entanto, dados encontrados da literatura nacional sobre o uso de álcool indicam que 10% dos indivíduos com mais de 12 anos são dependentes, que cerca de 32% da população geral são consumidores de risco ou problemáticos e, mais de 12%, fazem uso diário de bebidas alcoólicas (BARROS; ALBUQUERQUE; PINHEIRO, 2004). Um estudo sobre 5.434 atendimentos em urgência psiquiátrica na Santa Casa de São Paulo revelou que 7,3% dos pacientes tinham 60 a 96 anos de idade, sendo registrado alcoolismo em 4,1% dos casos (ALMEIDA, 1999). Outro levantamento, realizado em Pelotas – RS, com inclusão de 1.968 adultos de 20 a 69 anos de idade, concluiu que 14,3% dos indivíduos que fizeram uso abusivo de álcool, eram predominantemente homens idosos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com os sinais e sintomas.

| Sinais e Sintomas | F | % |
|-------------------|----|------|
| Dor | 46 | 39,7 |
| Sangramento | 12 | 10,3 |
| Tontura | 5 | 4,3 |
| Vômito e Náuseas | 4 | 3,4 |
| Dispneia | 3 | 2,6 |
| Hipertensão | 3 | 2,6 |
| Agitação | 2 | 1,7 |
| Inconsciência | 2 | 1,7 |
| Pele fria | 2 | 1,7 |
| Sonolência | 2 | 1,7 |
| Otorragia | 2 | 1,7 |
| Cefaleia | 2 | 1,7 |
| Febre | 1 | 0,9 |
| Palidez | 1 | 0,9 |
| Sudorese | 1 | 0,9 |
| Bradycardia | 1 | 0,9 |
| Hipoglicemia | 1 | 0,9 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Hematêmese | 1 | 0,9 |
| Dormência | 1 | 0,9 |
| Hemiplegia | 1 | 0,9 |

Nota: Respostas múltiplas, soma maior que 100%

Dentre os 116 atendimentos encontrados nas fichas de ocorrências, foram detectadas apenas 93 sinais/sintomas, sendo que havia 20 tipos diferentes desses sinais/sintomas (Tabelas 11), sendo a dor com 16 (39,7%) casos, um dos sinais/sintomas mais frequentes nos idosos, seguido de sangramento, com 12 (10,3%) atendimentos e tontura com 5 (4,3%).

Dentre as 10 queixas mais frequentes (dor, sangramento, tontura, vômitos e náuseas, dispnéia, hipertensão, agitação, inconsciência, pele fria, sonolência) estão pelo menos metade do total de queixas referidas. Para Jacobs et al., (2005) as causas mais frequentes de atendimentos de urgência foram dor (5,6%), dispnéia (4,5%), hipertensão (4,1%), sonolência (4%) e dor abdominal (3,9%), as quais estão presentes nos achados deste estudo também.

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o destino e condição da vítima.

| Destino e condição da vítima | f | % |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Encaminhado ao hospital | 106 | 91,4% |
| Liberado após atendimento | 10 | 8,6% |
| Recusa atendimento | - | - |
| Óbito no local | - | - |
| Óbito durante atendimento | - | - |
| Total | 116 | 100% |

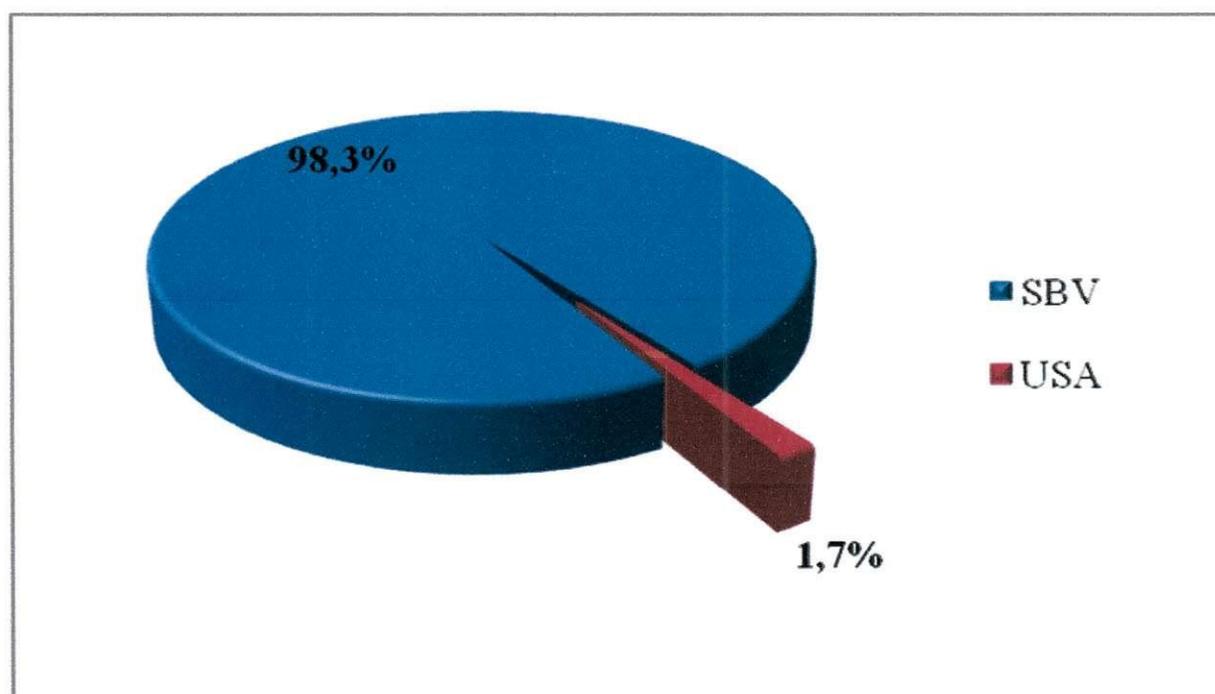
Em relação ao destino dado para os pacientes pelas Unidades de Suporte Básico ou Avançado do SAMU, 106 (91,4 %) dos pacientes, foram enviados para hospitais de referência, e apenas 10 (8,6%) foram liberados no local após o atendimento, conforme evidenciado na tabela 12.

No Brasil, no ano de 2000, o total de internações foi de 9.023.370. O percentual de pacientes hospitalizados por traumatismos representou, para o SUS, 7,7% das internações por todas as causas. Foram 693.961 hospitalizações por causas externas (BRASIL, 2001).

Em 2000, as causas externas representaram 5,2% do total das internações realizadas no país. Destas internações estão, em primeiro lugar, entre indivíduos de 60 anos ou mais, as

quedas, com 48.940 (42,8%) hospitalizações, seguindo-se os demais acidentes (28,4%) e os acidentes de transporte (18,2%), ocupando, assim, o segundo e o terceiro lugares. Sob a ótica da natureza das lesões 68,3% foram devido às fraturas (GAWRYSZEWSKI; HIDALGO; VALENCICH, 2005).

Gráfico 6 - Distribuição dos tipos de veículos enviados para os atendimentos realizados pelo SAMU.



A Central de Regulação ao fazer a triagem do indivíduo realiza o encaminhamento para as unidades de atendimento de Suporte Básico (USB) e de Suporte Avançado (USA). As Unidades de Suporte Básico realizaram um atendimento de 114 (98,3%) ocorrências, em contrapeso, as USAs que só atenderam a 2 (1,7%).

A estratégia de transporte ao traumatizado varia de acordo com a situação enfrentada pela equipe de resgate. A presença de perigos no local, o número de socorristas disponíveis, o diagnóstico, a gravidade do paciente e a cena do resgate influenciam o tipo de transporte a ser utilizado (FIGUEIREDO et al., 1996).

O serviço regional de emergência médica de Nova Iorque aponta os Suportes Básicos de Vida respondendo por 23% dos atendimentos e os Suportes Avançados de Vida 77% (SMALL, 2006).

Essa inversão de valores pode ser pelo motivo de que no Brasil o Serviço de Emergências Médicas encontra-se defasado em relação aos países desenvolvidos. O programa nacional de assistência em emergências médicas é atualmente realizado sem os propósitos de atendimento que visam à estabilização do paciente ainda no local do acidente.

Assim sendo, o sistema brasileiro funciona mais como uma forma técnica especializada de remoção emergencial de vítimas do que, propriamente, como um atendimento de emergências pré-hospitalares especializado na preservação da vida. Para que seja possível adequar o nosso sistema de atendimento de emergência a essa realidade, será necessário um extenso programa de treinamento, com envolvimento do público em geral, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2003).

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados

| Procedimentos | F | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Curativo | 31 | 27,9 |
| Imobilização | 24 | 20,7 |
| Medicação | 20 | 17,2 |
| Punção venosa | 18 | 15,5 |
| Instalação de O ₂ | 4 | 3,4 |
| Oximetria | 1 | 0,9 |

Nota: Resposta múltipla, soma maior que 100%

Dentre os procedimentos mais realizados pelo SAMU no atendimento aos idosos vítimas de quedas, os curativos foram os mais frequentes, com 31 (27,9 %) casos. A imobilização foi necessária em 24 (20,7%) vítimas. O uso de medicamentos foi descrito em apenas 20 (17,2%) vítimas.

Uma observação importante foi quanto aos procedimentos realizados. A diversidade de procedimentos reforça a idéia de que a equipe profissional deve estar preparada e capacitada para a realização de diferentes manobras de modo correto e ágil, tanto nas emergências traumáticas como nas clínicas.

6 CONCLUSÃO

Para se identificar um problema como sendo de saúde pública há que se considerar a carga de mortalidade, de morbidade e de sofrimento causados por esse problema. E essa carga deve ser caracterizada pelo impacto individual e social. A partir desse princípio a queda do idoso é um problema de saúde pública que demanda mais estudos e programas para sua prevenção.

Este estudo sobre a caracterização epidemiológico dos idosos vítimas de quedas é importante para que se possa traçar um programa de prevenção. Ainda existem poucos estudos no Brasil que apontem esses fatores. Além disso, os profissionais da saúde ainda não dão a devida importância para o problema da queda nos idosos.

Este trabalho traçou um perfil das vítimas de quedas atendidas pelo SAMU em Sousa-PB. Esses idosos são maioria do sexo feminino, da faixa etária de 60 a 65 anos e procedentes do município de Sousa.

Quanto as variáveis organizacionais encontramos que a maioria das ocorrências aconteceu as quintas-feiras e sábados, no período de 12:00 à 17:59, tendo o mês de maio de 2011 apresentado o maior número de atendimentos e os meses de março e agosto de 2011 o menor número de atendimentos.

As doenças crônicas mais frequentes que os idosos apresentaram como antecedentes foram hipertensão, diabetes e AVC. A maioria sofreu queda da própria altura, onde o tipo de lesão mais frequente foi o ferimento e a região mais atingida foi à cabeça. O alcoolismo esteve presente como fator relacionado na minoria dos atendimentos, com prevalência no sexo masculino.

A dor e o sangramento foram os sinais/sintomas mais encontrados nas vítimas atendidas pelo SAMU. E, de acordo com o serviço prestado, observou-se que a maioria das vítimas foi encaminhada ao hospital. A unidade prestadora desses serviços foi quase que na totalidade, a SBV e os procedimentos mais realizados nos idosos traumatizados por esse suporte foram o curativo e a imobilização de membros.

No termo desse estudo, é importante referir que, com a demora na aprovação do presente trabalho, gerou um atraso na coleta dos dados, que resultou em uma diminuição e adaptação do estudo, dando prioridade, neste primeiro momento, apenas a coleta quantitativa realizada no SAMU através das fichas de ocorrências. Espera-se que este estudo contribua para uma reflexão crítica e pertinente sobre o tema assim como, para continuação de futuros

trabalhos nessa área, que são tão escassos, uma vez que pode ser o ponto de partida para a redução de quedas, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Os resultados encontrados evidenciam também a grande importância de estudos dessa natureza para gerar conhecimento sobre a situação de saúde da comunidade e, assim, subsidiar políticas públicas que contemplem as necessidades de normatizar as ações necessárias à prevenção dos acidentes entre a população idosa a serem desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. F. ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2009. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 12 ago. 2011.
- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 21, n. 1, p. 12-8, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acessado em: 10 out. 2011.
- ALVES, M. J. M. et al. Perfil da Capacidade Funcional do Idoso. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu (MG) – Brasil: 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP20081534.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.
- ANDRADE, G. B. DE; VAITSMAN, J.; Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência da Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes.sociais.pdf. Acessado em: 12 ago. 2011.
- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S.; Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Rev. paul. Educ. Fis.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999. Disponível em: <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/aval071.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.
- ARAÚJO, C. J.F. *Efeito do exercício físico sobre os fatores de risco de quedas em idosos. Estudo comparativo entre diferentes programas de exercício físico: Musculação, Hidroginástica e Ginástica de Manutenção/Caminhada.* Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <http://www.cutter.unipor.br/document/?code=vtls000299019>. Acessado em: 10 ago. 2011.
- BARBOSA, M. L. J.; NASCIMENTO, E.F.A. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em hospital geral de Taubaté. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n.5, p. 1270-1278, 2001. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/76/53>. Acessado em: 05 nov. 2011.
- BARBOSA, M. T. Como avaliar quedas em idosos? *Rev. Assoc Med Bras.*, v. 47, n. 2, p. 93-4, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200012. Acessado em: 12 ago. 2011.
- BARROS, E.; ALBUQUERQUE, G.C.; PINHEIRO, C. T. S. *Exame Clínico: consulta rápida.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BARROS FILHO, T.E.P.; NAPOLLI, M.M.M. Aspectos ortopédicos e traumatológicos, In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu, cap.30, p. 321-323, 1996.
- BERG, W.P.; ALESSO, H.M.; MILLS, E.M.; TONG, C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age and Aging*, n. 26, p. 261-268, 1997. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/4/261.short>. Acessado em: 01 nov. 2011.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Oramento e Gestão. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=1>. Acessado em: 29 jul. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/sintese/tab11.pdf>. Acessado em: 22 ago. 2011.

_____. Lei No 8.842, de 04 de janeiro de 1994. *Política Nacional do Idoso*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8842.htm>. Acessado em: 20 ago. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM nº737 de 16 de maio de 2001. Publicado no DOU nº96. Seção 1e. Legislação de Saúde nº8 - de 18/05/01: 62p. Brasília; 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acessado em: 20 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 1.864, de 29 de setembro de 2003. *Dispõe sobre o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/minuta_redes_urgencia.pdf. Acessado em: 20 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília - DF, 12 nov. 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm. Acessado em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa*. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/PoliticaPIIdosa2528.pdf>. Acessado em 20 ago. 2011.

BRITO, F.C.; COSTA, S.M.N. *Quedas*. In: PAPALETTO NETTO, M.; BRITO, F.C.

Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu, p. 323-335, 2001.

CAETANO, S.C.; IOZZI, R.; CARNEIRO, A. *Saúde do Idoso – Hipertensão arterial na cidade do Rio de Janeiro*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu - MG, 2008. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1192.pdf. Acessado em: 08 out. 2011.

CALDAS C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.

CAMPOS, M. P. S. *Risco de queda em idosos atendidos em um hospital público de Brasília*. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-153336/pt-br.php>. Acessado em: 17 jul. 2011.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>. Acessado em: 18 ago. 2011.

CARVALHAES, N.; ROSSI, E.; PASCHOAL, S.; PERRACINI, N; PERRACINI, M.; RODRIGUES, R. A. P. Quedas. In: *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Consensos de gerontologia. São Paulo, p. 5-18, 1998. Disponível em: http://www.sosvida.com.br/upload/Art_05.pdf. Acessado em: 06 out. 2011.

CARVALHO, A. M. *Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idoso*. Dissertação. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 82 f, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11763.pdf>. Acessado em: 10 out. 2011.

CARVALHO, A.M. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 448-54, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11763.pdf>. Acessado em: 02 nov. 2011.

CARVALHO FILHO, E. T. *Fisiologia do envelhecimento*. In: PAPALÉO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, p. 60-70. 2000.

CENEVIVA, W. “Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei”. *A Terceira Idade*, v.15, n.30, p.7-23, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext. Acessado em: 20 ago. 2011.

CERVO, A. L.; BERVAIN, P.A. *Metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 242 p. 2002.

CICONET, R.M. *Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência*. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, fls. 145, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19036>. Acessado em: 12 out. 2011.

COELHO, M. F. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Lat-Am Enferm.*, v. 18, n. 4, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf. Acessado em: 02 nov. 2011.

COIADO, C. R. P.; AMARAL, A. F. A.; SANTOS, R. R. S. Incidência de quedas na população idosa no âmbito domiciliar. *Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 19-23, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84212434005>. Acessado em: 08 ago. 2011.

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G. O que é um problema de Saúde Pública? *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 9, n. 1, p. 144-46, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018. Acessado em: 25 out. 2011.

CHOR, D. et al. Social network and social support measures from the pró-saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, n.4, p. 887-896, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400022&script=sci_arttext. Acessado em: 12 ago. 2011.

DALLARI, S.G.; PITTELLI, S.M.; PIROTTA, W.R.B.; OLIVEIRA, M.L. Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 2000. Disponível em: http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X_2/atendimento_medico.htm. Acessado em: 27 out. 2011.

DALCIN, R. R.; CAVAZZOLA, L. T. *Serviço de assistência médica de urgência*. In: NASI, L. A. et al. *Rotinas em pronto-socorro*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p.22-25,2005.

DESLANDES, S. F.; SILVA, M. F. P. Análise da mortalidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.34, p. 360-71, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000400009&script=sci_arttext. Acessado em: 10 out. 2011.

DIAS, S. A. *As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma*. Dissertação (Mestrado) – Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná- Curitiba, 2004. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/4/261.short>. Acessado em: 01 ago. 2011.

EBERSOLE, P.; HESS, P. *Mobility. Toward healthy aging: human needs and nursing response*. 4. ed. Saint Louis: Mosby. cap. 11. p. 345-367, 1994.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n.1, p. 93-99, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>. Acessado em: 08 ago. 2011.

FERNANDES, R.J. *Caracterização da atenção pré - hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP*. Dissertação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-153336/pt-br.php>. Acessado em: 25 out. 2011.

FIGUEIREDO, J.R.M.; MANNARINO, L.; CANETTI, M.D.; PRATES, M.R.; SOUZA, C.P. *Emergência: Condutas médicas e transporte*. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 1996.

FIOREZER, C. F. *Metodologia da Pesquisa: como planejar, executar e escrever um trabalho científico*. João Pessoa: Universitária, 2002.

FURTADO, B. M.; ALENCAR, S. M.; ARAÚJO, J. L.C.; CAVALCANTE P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev. Bras. epidemiol.* São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/06.pdf>. Acessado em: 30 out. 2011.

FREITAS JÚNIOR, O. S. *Queda de idosos que motiva atendimento hospitalar de emergência pelo SUS em Uberlândia - MG: epidemiologia e conseqüências para a saúde*. Dissertação. Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, 2006. Disponível em: www.afrid.faei.ufu.br/sites/afrid.faei.ufu.br/.../completo_15.pdf. Acessado em: 10 ago. 2011.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FRIED, L.P.; TANGEM, C.M.; WALTSON, J. NEWMAN, A.B.; HIRSH, C.; GOTTDIENER, J. Frailty in older adults. *Journal of Gerontology*, n. 56, p. 146-157, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>. Acessado em: 01 nov. 2011.

GAWRYSZEWSKI V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a13v56n2.pdf. Acessado em: 29 jul. 2011.

_____; MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S.; Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 50, n.1, p. 97-103, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100044&script=sci_arttext. Acessado em: 08 ago. 2011.

_____; HIDALGO, N. T.; VALENCICH, D. M. O. A queda nas taxas de homicídios no Estado de São Paulo e apresentação dos dados de mortalidade por causas externas em 2004. *Bol Epidemiol Paul.*, v. 2, n. 21, p. 11-3, 2005. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa21_externa.htm. Acessado em: 22 out. 2011.

GONÇALVES, L. G.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6845.pdf>. Acessado em: 08 ago. 2011.

GONZÁLES C, G.; MARIN, P.P.L; PEREIRA, Z.G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista Médica do Chile*. Santiago, v. 129, n. 9, p. 1021-1030, 2001. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900007. Acessado em: 05 nov. 2011.

HOMERO, G. E.; MARIN, P. L.; CASTRO, S. H.; HOYL, T. M.; VALENZUELA, E. A. Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. *Revista Médica do Chile*, Santiago, v. 131, n. 11 p. 887-894, 2003. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000800008&script=sci_arttext. Acessado em: 05 nov. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – *Censos Demográficos e Contagem Populacional*; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus, 2008. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em: 20 out. 2011.

ISHIZUKA, M. A. *Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais*. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2003. Disponível em: <http://www.cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000299019>. Acessado em: 10 ago. 2011.

JACOBS, P. C.; MATOS E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – BA. *Rer. Ass. Mad. Bras.*, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27537.pdf>. Acessado em: 30 out. 2011.

JARDIM R, X.; CONCEIÇÃO, S. V.; CARVALLHO C. R. V. Localização estratégica para o serviço de atendimento móvel de urgência na região metropolitana de Belo Horizonte. *XXIV*

Encontro Nac de Eng de Produção. Florianópolis - SC, Brasil, nov. 2004. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0601_2072.pdf. Acessado em: 20 out. 2011.

JOHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D.; Quedas em idosos: principais causas e consequência. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 17, p.148-153, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201704.pdf>. Acessado em: 29 jul. 2011.

JOHANSON, B. Fall injuries among elderly persons living at home. *Scandinavian Journal Caring Science*, n. 12, p. 67-72, 1998. Disponível em: <http://www.mendeley.com/research/fall-injuries-among-elderly-persons-living-home>. Acessado em: 05 nov. 2011.

KALLIN, K.; JENSEN, J.; LUNDIN, O.; NYBERG, L.; GUSTAFSON, Y. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *The Journal of Family Practice*, v. 53, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14709266>. Acessado em: 05 out. 2011.

KAY, P.D.; TIDEIKSSAR, R. *Quedas e distúrbios de marcha*. In: ABRAMS, W.B.;

BERKOW, R. *Manual Merck de Geriatria*, Ed. Roca, p. 117-126, 1995.

KELLY, D.K.; PICKET, W.; YANNAKOULIAS, N.; ROWE, B.H.; SCHOPFLOCHER, D. P.; SVENSON, L.; VOAKLANDER, D. C. Medication use and falls in community-dwelling older persons. *Age and Aging*, v. 32, n. 5, p. 503-509, 2003. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/5/503.short>. Acessado em: 21 out. 2011.

KUWANO, V. G.; SILVEIRA, A. M.A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. *Rev. da Educação Física/UEM*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 35-39, 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/viewFile/3653/2522>. Acessado em: 20 ago. 2011.

LEBRÃO M. L. *Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica*. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, p.33-44, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf. Acessado em: 20 ago. 2011.

LEBRÃO, M. L.O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201703.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.et al.Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n.3, p.745-757, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15878.pdf>. Acessado em: 12 ago. 2011.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. *Capacidade Funcional*. In: *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOJUDICE, D. C. Quedas de Idosos Institucionalizados: Ocorrência e Fatores Associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-04102006-140850/pt-br.php>. Acessado em: 12 ago. 2011.

LOPES, H. F.; DRAGGER, L. F. *Tratado de Clínica Médica*. In: LOPES, A. C. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo. Ed Rocca, 2009.

LOPES, M. C. L. et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm.*, v. 12, p. 472-477, 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10073/6925>. Acessado em: 29 jul. 2011.

MA, O. J.; DeBEHNKE, D. J. *Emergências médicas*. 4 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, p. 1556, 1996.

MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA R.M.C. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v.36, n. 5, p. 584-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13147.pdf>. Acessado em: 05 out. 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 2 ed. São Paulo; Atlas, 1990.

MARCHESE, V.S. *A morbidade e a mortalidade por acidentes e violências no município de Alta Floresta – MT*. Dissertação. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/morbidade-e-mortalidade-por-acidentes-e-violencias-na-grande-cuiaba-mato-grosso-%5B104-030210-SES-MT%5D.pdf>. Acessado em: 12 out. 2011.

MARKS, R.; ALLEGRANTE, J.P. Falls-prevention programs for older ambulatory community dwellers: from public health research to health promotion policy. *Soz.-Präventivmed*, v. 15, n. 49, p. 171-178, 2004. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/1858p04pvhp6wn2l>. Acessado em 07 out. 2011.

MARRA, T. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007. Disponível em: <http://www.crefito.com.br/revista/rbf/rbf11.4-pt/arquivos/13.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.

MARTINS, V. M. C. *Quedas em pacientes geriátricos*. Monografia [Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 51, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=26653533&pid=S0034-8910200400010001300013&lng=en. Acessado em: 22 ago. 2011.

MANTOVANI, M. *Suporte básico de vida no trauma*. São Paulo: Atheneu, 2006.

MASUD, T. MORRIS, R. O. Epidemiology of falls. *Age and Ageing*, v. 30, n. 4, p. 3-7, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11769786>. Acessado em 20 ago. 2001.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuro-motoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciê Mov*. 2000; 8(4):21-32. Disponível em: <http://www.cemafe.com.br/IMPACTO%20DO%20ENVELHECIMENTO%20NAS%20VARI%20C%81VEIS%20ANTROPOM%20C%89TRICAS.pdf>. Acessado em: 20 nov. 2011.

MAZO, G.Z. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, nov/dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a04.pdf>. Acessado em: 08 ago. 2011.

MELIONE, L.P.R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos. *Rev Bras. Epidemiol.* São Paulo, v. 7, n. 4, p. 461-72, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/09.pdf>. Acessado em: 10 out. 2011.

MELO, R.E.V.A.; VITOR C.M.A.V.; SILVA, M.B.L.; LUNA, L.A.; FIRMO, A.C.B.; MELO, M.M.V.A. Trauma em pacientes idosos. *INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTISTRY*, RECIFE, v. 3, n. 2, p.367-372, jul / dez 2004. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewArticle/56>. Acessado em: 25 out. 2011.

MENDES, M. R. S. S. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.*, v. 18, n. 4, p.422-426, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>. Acessado em: 22 ago. 2011.

MESQUITA FILHO, M. *Vitimas de Causas Externas Atendidas em Serviço de Urgência e Emergência – Subsídios ao Desenvolvimento de Sistema de Informações*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: http://books.google.com/books/about/V%C3%ADtimas_de_causas_externas_atendidas_em.html?id=uVriGwAACAAJ. Acessado em: 20 out. 2011.

NICKENS, H. Intrinsic factors in falling among the elderly. *Arch. Intern. Med.*, United States, v. 45, p. 1089, 1985. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/145/6/1089>. Acessado em: 10 out. 2011.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOSENTHAL, A. C. Falls: epidemiology and strategies for prevention. *J. trauma, United States*, v. 38, n. 5, p. 18 – 25, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7760404>. Acessado em: 02 nov. 2011.

MOURA, R.N.; SANTOS, F.C.; DRIEMEIER, M.; SANTOS, L.M.; RAMOS, L.R. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia*, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewArticle/56>. Acessado em: 10 nov. 2011.

NASRI, F. The aging population in Brazil. *Einstein Suplemento*, v. 6, n. 1, p. 54-56, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.

OLIVEIRA, E. A.; PASIAN, S. R.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 21, n. 1, p. 68-83, 2001. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932001000100008&script=sci_arttext. Acessado em: 12 ago. 2011.

OLIVEIRA, L.R. *Subsídios para a implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT*. Tese de Doutorado. Universidade São Paulo, Faculdade Saúde Pública, 2006. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../LigiaOliveira.pdf. Acessado em: 12 out. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. Victoria: Canadá, 2007.

_____. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. *Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*, Porto Alegre, RS, 1998.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília 2003.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. *Distúrbios da postura, marcha e quedas*. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300008. Acessado em: 20 ago. 2011.

PARREIRA, J.G. et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. *Ver Ass Med Bras.*, v. 56, n. 6, p. 660-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a13.pdf>. Acessado em: 06 out. 2011.

PEREIRA, J. G.; SOLDÁ, S. C.; PERLINGEIRO, J. A. G.; PADOVESE, C. C.; KARAKHANIAN, W. Z.; ASSEF J. C. Análise Comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos. *Rev Assc Mad Bras.*, v. 56, n. 5, p. 541-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a14.pdf>. Acessado em: 05 nov. 2011.

PEREIRA, S.R.M. Repercussões sócio-sanitárias da 'epidemia' das fraturas de fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=350247>. Acessado em: 02 nov. 2011.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: Viana de Freitas, E et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 147-153, 2006.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf>. Acessado em: 07 out. 2011.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc. Cuid. Saúde*, v. 6, n.4, p. 407-413, 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/3391/2677>. Acessado em: 12 ago. 2011.

PEIXOTO C. E. *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 298-299, 2002.

PEREIRA, S. R. M. et al. Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2001. Disponível em <http://www.sbgg.org.br/profissional/publicacoes/queda.pdf>. Acessado em: 08 ago. 2011.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.6, p. 709-16, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13525.pdf>. Acessado em: 29 jul. 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>. Acessado em: 22 ago. 2011.

REYES-ORTIZ, C. A.; SNIH, S. A.; MARKIDES, K.S. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev. Panam. Salud. Publica*, v. 17, n.5/6, p. 362-369, 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500008&script=sci_arttext. Acessado em: 08 ago. 2011.

RIBEIRO, A. P. *Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas*. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_monografias/2.pdf. Acessado em: 30 jul. 2011.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUSA, A. C.; SCHILITZ, A.O. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63013423>. Acessado em: 05 nov. 2011.

RICCI, N. A. et al. Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p.898-909, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/16.pd>. Acessado em: 12 ago. 2011.

RIERA, R.; TREVISANI, V.F.M.; RIBEIRO, J.P.N. Osteoporose – a importância da prevenção de quedas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 4, n. 6, p. 364-368, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042003000600008&script=sci_arttext. Acessado em: 05 nov. 2011.

ROCHA A. F. S. *Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de Pronto Atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte*. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, fls. 99, 2005. Disponível em: <http://subversion.assembla.com/.../Unidade%20de%20Pronto%20atendime>. Acessado em: 28 out. 2011.

RODRIGUES, R. A. et al. Política Nacional de Atenção ao idoso e a contribuição da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a21v16n3.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2011.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p.40-48, 2003. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext. Acessado em: 20 ago. 2011.

SILVA, F. S. et al. Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005. *Com. Ciências Saúde*, v.19, p. 207-214, 2008. Disponível em:http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_3art01.pdf. Acessado em: 29 jul. 2011.

SILVA, J.C. “Da Velhice e assistência social no Brasil”. *A Terceira Idade*, v.17, n.54-64, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000100037&script=sci_arttext. Acessado em: 05 out. 2011.

SILVA, T. M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 01, p. 64–78, 2007. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>. Acessado em: 29 jul. 2011.

SILVA V.P.M. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq.catain. med., Florianópolis*, v. 36, n. 4, p. 18-27, 2004. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0578.pdf> . Acessado em: 28 out. 2011.

SOUSA, J. *Quedas em Idosos - Aptidão física, equilíbrio e mobilidade e medo de cair em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico*. Monografia [Licenciatura em Educação Física] - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2008. Disponível em: http://sigarra.up.pt/fadeup/publs_pesquisa.FormView?P_ID=7284. Acessado em: 10 ago. 2011.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p.364-371, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>. Acessado em: 12 ago. 2011.

SOUZA, J.A.G.; IGLESIAS, A.C.R.G. Trauma no Idoso. Rio de Janeiro. *Rer. Ass. Med. Bras.*, v. 48, n. 1, p.79-86, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000100037&script=sci_arttext. Acessado em: 05 out. 2011.

SMALL, T.J.Sheedy. Demographics and injuries profile of adult pedestrian trauma in inner Sydney. *ANZ J Surg.*, n. 76, p. 43-7, 2006. Disponível em: <http://www.nycremsco.org/als.asp?intCategoryID=4>. Acesso em: 25 out. 2011.

STEL V.S. et al. Consequences of falling in older men and women e risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing*, v. 33, n. 1, p. 58-65, 2004. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/1/58.abstract>. Acessado em 20 ago. 2001.

TINETTI, M.E.; WILLIAMS, C.S. Falls, injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home. *The New England Journal of Medicine*, v. 337, n. 2, p. 1279-1284, 1997. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199710303371806>. Acessado em: 08 out. 2011.

UVO, R. T.; ZANATTA, M. de L. A.L. “O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso”. *A Terceira Idade*, v.16, n.33, 2005. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acessado em: 25 ago. 2011.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acessado em: 25 ago. 2011.

VELLAS, J.B.; GARRY, P.J.; BAUMGARTNER, R.N. A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults. *Journal of Gerontology Medical Science*, v. 53, n. 8, p. 264-274, 1998. Disponível em:
biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/53A/4/M264.abstract. Acessado em: 01 nov. 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>. Acessado em: 29 jul. 2011.

YUASO, D.R.; SGUIZZATTO, G.T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.30. p. 331- 347.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do HUAC-
UFCG.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



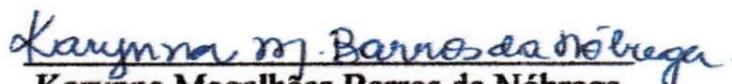
DÊCLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 09/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20111410 - 052** intitulado: **QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS**

Projeto a ser realizado no período de: Novembro a Dezembro de 2011.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.


Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 09 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZIRAS PARAÍBA

ANEXO B – Documentos enviados ao Comitê de Ética do HUAC-UFCCG.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SERES HUMANOS (CEP - HUAC)**

**PROTOCOLO PARA PESQUISA
EM SERES HUMANOS**

USO EXCLUSIVO DO COMITÊ

PROTOCOLO: .

RECEBIDO EM: / / .

1. Título do Projeto de Pesquisa

QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS

2. Palavras-chaves que caracterizam o assunto da pesquisa

Idoso, qualidade de vida, funcionalidade.

3. Resumo do Projeto e dos Métodos de Pesquisa

Os desafios e questões que existem acerca do envelhecimento humano sempre foram alvo de preocupações, pois o aumento expressivo da longevidade pode ser visto como um importante indicador e também como um grande desafio para sociedade brasileira. Portanto, devido às mudanças nos processos fisiológicos decorrentes do envelhecimento, são vários os fatores que contribuem para a perda da autonomia e independência dos idosos, favorecendo assim a ocorrência de quedas entre esse grupo etário. As repercussões geradas por essas quedas têm grande impacto na qualidade de vida dos idosos, uma vez que acabam reduzindo suas atividades de vida diária, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, medo de cair novamente e altos custos com o tratamento de saúde. Diante desses fatores, justifica-se a necessidade do desenvolvimento do presente estudo com vista a auxiliar com as políticas públicas de atenção ao idoso, no que tange a prevenção de quedas, considerando seus fatores de risco. Além disso, espera-se contribuir para a divulgação de dados e conscientização dos idosos para atenção especial com a saúde.

Com a finalidade de verificar a qualidade de vida e a capacidade funcional de idosos vítimas de quedas socorridos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-PB, será realizado um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, através de um levantamento retrospectivo. A primeira etapa da pesquisa será desenvolvido na sede do SAMU, a partir das fichas de ocorrências do município supracitado, através de um formulário específico, simples e completo, qual seja o levantamento do número de idosos vítimas de quedas. Posteriormente, serão realizadas, através de um roteiro de entrevista e mais três protocolos (WHOQOL, Escala de Lawton e Índice de Katz), visitas domiciliares a cada idoso, a fim de caracterizá-los e conhecer as repercussões da queda em sua qualidade de vida e capacidade funcional.

4. Pesquisador Responsável

Nome completo Kennia Sibelly Marques de Abrantes

5. Colaboradores

Nome completo Joycimara dos Santos Queiroga

6. Orientador

Nome completo Kennia Sibelly Marques de Abrantes

7. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

Pós-Graduação em nível de: Mestrado
 Doutorado

Outras (especificar) Trabalho de Conclusão de Curso

8. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

HUAC - UFCG

Outras SAMU

9. Investigação

Retrospectiva Prospectiva

10. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Laboratorial Consulta de Prontuários de pacientes
 Entrevistas e questionários Tecidos, órgãos, fluídos orgânicos

Outros (especificar)

11. A Pesquisa envolve (preencher mais de um se necessário)

Isótopo Radioativo
 Microrganismos Patogênicos
 Ácidos Nucléico Recombinantes

| | |
|--|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Outros (especificar) | Idosos vítimas de quedas. |
| | |

12. Pesquisa em áreas temáticas especiais

- genética humana
- reprodução humana
- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não
- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país
- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura
- populações indígenas
- projetos que envolvam aspectos de biossegurança
- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior
- outros (especificar) Idosos vítimas de quedas.

| | |
|--|--|
| | |
| | |

13. Patrocínio

Recursos Financeiros Solicitados

| Instituições | Valores | Instituições | Valores |
|--------------|---------|--------------|---------|
| CNPq | | Laboratórios | |
| FINEP | | Outros | |
| CAPES | | | |
| Indústrias | | | |

14. Existência de infra-estrutura e recursos humanos para desenvolvimento da pesquisa (especificar)

| |
|--|
| <p>Infra-estrutura: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU Domicílio dos idosos</p> <p>Recursos Humanos Idosos vítimas de quedas atendidos pelo SAMU</p> |
|--|

15. Cronograma de execução da pesquisa

Início Junho/ 2011

Término Novembro/ 2011

16. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - Seres Humanos (CEP - HUAC)

O Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-HUAC)), na sua reunião de ____/____/____, APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo.

.....
Coordenador do Comitê

O Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-HUAC), na sua reunião de ____/____/____, emitiu o parecer em anexo e solicita a revisão do Protocolo.

.....
Coordenador do Comitê

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SERES HUMANOS (CEP – HUAC)

CADASTRO DO PESQUISADOR

1. IDENTIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PESQUISADOR

Nome completo Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Profissão Enfermeira

2. TÍTULOS ACADÊMICOS

Graduado em Enfermagem Data 06/2005
Instituição UEPB
Titulação acadêmica mais elevada Especialista

3. VINCULAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL

UFCG Outras Instituições SAMU
Função Docente Lotação UACV

4. VINCULAÇÃO ACADÊMICA ATUAL

Pós-Graduação em nível de: Mestrado
 Doutorado
 Outras (especificar) Cursando Mestrado

5. ÁREA DE CONHECIMENTO

Saúde Pública

6. RELAÇÃO DE COLABORADORES

Joycimara dos Santos Queiroga

7. RESUMO DO CURRÍCULO

8. DADOS PESSOAIS

8.1-Documentos

Carteira Nº/órgão expedidor/data expedição
Identidade: 2654372 SSPB /
CPF: Nº: 043. 196. 254 – 55
Título Eleitor: 28572211210

| | | | |
|---------------------|----------------------------|---------|---------------|
| Conselho: | 153171 | | |
| Data de Nascimento: | 21/02/1982 | | |
| E-MAIL | kenniaabrantres@bol.com.br | Celular | (83) 88830758 |

8.2-Endereços

| | | | |
|--------------------|---|---------|--|
| P/correspondência: | Rua: Manoel Gadelha Filho; Bairro: Centro; n° 53 Telefone: (83) 35223035 CEP: 58802-000 | | |
| Consultório | Rua: Telefone: Horário Atendimento: | | |
| Outros | 1) HUAC Rua: Setor: SALA: RAMAL: HORARIO ATENDIMENTO: | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| E-MAIL | | Celular | |

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

Autor (a) da Pesquisa
Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Orientando (a)
Joycimara dos Santos Queiroga



SECRETARIA DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
Rua.: Pedro Primeiro, nº 47
CEP: 58800-000, Tel.: 83 522-2684.

DECLARAÇÃO

Eu, Renata Soares Virgínio, Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Sousa-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS”, que será realizada no serviço supracitado, com abordagem quantitativa, no período de Outubro a Novembro de 2011, tendo como pesquisadora Kennia Sibelly Marques de Abrantes e colaboradora Joycimara dos Santos Queiroga acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

Renata Soares Virgínio
Coordenadora de Enfermagem do SAMU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Modelo padrão

ESTUDO: QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo "***Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos vítimas de quedas***". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis causas da doença denominada "***Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos vítimas de quedas***" (explicar o que significam os termos científicos, em linguagem para leigo, ou seja, bem simples);
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo ;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

Idoso / Responsável _____

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Kennia Sibelly Marques de Abrantes. Especialista em: Saúde Pública e UTI. Coren: 153171.

Telefone para contato: Pesquisadora Responsável: (83) 88830758
Pesquisadora Colaboradora: (83) 91363573

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PERFIL DE IDOSOS
TRAUMATIZADOS**

1. Identificação da vítima:

Nome completo: _____

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

2. Identificação/ Ocorrência:

Data: __/__/__ Hora da ocorrência: _____ (FICHA DO TARM)

Local da ocorrência: () urbana () rural

Turno: () Diurno () Noturno

Dia da semana que ocorreu o evento: () Domingo () Segunda () Terça () Quarta

() Quinta () Sexta () Sábado

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

3. Apoio no local: () Sim () Não

() PM () Resgate Bombeiro () Resgate/PRF () STTRANS () NI

() Outros: _____

4. QTA: () Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Local não encontrado

() Socorrido pelo Bombeiro () NI () Outros: _____

5. Principais causas de traumas:

- Acidente de trânsito Quase Afogamento/Afogamento Queimaduras FAB
 FAF Quedas _____ metros Desabamento/Sot. Clínico
 Agressão Outros: _____

6. Antecedentes:

- AVC Cirurgias realizadas Diabetes Doença cardíaca
 AIDS Alcoolismo Convulsões Doença infecto-contagiosa
 Doença Mental Doença Renal Droga HAS Medicamentos
 Problemas respiratórios Internamentos anteriores: _____ Outros: _____

7. Principais lesões:

8. Principais fatores relacionados:

9. Principais sintomas e queixas:

- Agitação Alergia Ausência de pulso (central) Cianose Convulsão
 Dificuldade respiratória Dor local: _____ Febre Palidez
 Inconsciente/desmaio Sangramento Vômito Outros: _____

10. Encaminhamento:

- Liberado após atendimento Recusa o Atendimento
 Óbito no local Óbito durante o atendimento
 Óbito durante o transporte Encaminhado ao hospital

11. Se óbito, qual a possível causa: _____

12. Resposta do serviço e veículo enviado ao local: () SBV () USA

13. Principais procedimentos realizados: _____

