



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO**

**FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO  
AMBIENTE DOMICILIAR**

**CAJAZEIRAS – PB  
2015**

**ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO**

**FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO  
AMBIENTE DOMICILIAR**

Monografia apresentada á Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**

**CAJAZEIRAS – PB  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730  
Cajazeiras - Paraíba

N244f Nascimento, Adriana Ramalho

Fatores de risco para queda em idosos: um estudo do ambiente domiciliar. / Adriana Ramalho Nascimento. Cajazeiras, 2015.

76f. : il.

Bibliografia.

Orientador (a): Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Idosos vítimas de acidentes por queda. 2. Acidentes por queda - idosos - Cajazeiras - PB. 3. Acidentes por queda - fatores de risco. 4. Envelhecimento. I. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU -616-083-053.9(813.3)

**ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO**

**FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE  
DOMICILIAR**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros.

**Aprovado em:** 12/03/2015

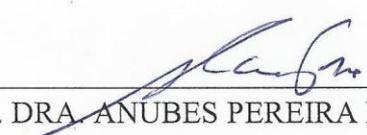
**BANCA EXAMINADORA:**



PROF<sup>a</sup>. MS. FÁBIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

UAENF/CFP/UFCG

Orientadora

  
PROF<sup>a</sup>. DRA. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

UAENF/CFP/UFCG

Examinadora



PROF<sup>a</sup>. MS. CECÍLIA DANIELLE BEZERRA OLIVEIRA

ETSC/CFP/UFCG

Examinadora

Dedico essa vitória inteiramente a minha grande e eterna companheira, minha mãe. Mulher simples, dedicada à família e que não mediu esforços para me garantir a formação. A meu pai (in memoriam) pelo homem que foi e ensinamentos que deixaste. A meus irmãos, sobrinhos e amigos que são as maiores riquezas da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me concedeu o dom da vida e está comigo em todos os momentos, mesmo quando pensei que iria fraquejar, ele me fortaleceu, me encorajou e me capacitou durante essa e outras árduas caminhadas.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Ms. **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, por sua competência, dedicação, responsabilidade, disposição, paciência e profissionalismo, ao qual me guiou neste trabalho. Por todos os conhecimentos repassados e por contribuir em minha formação profissional.

A minha família, particularmente a minha mãe **Rosa** que me ajudou a superar todos os obstáculos encontrados. A meu pai **Pedro Henrique**, que está vivo em meu coração e sei que onde estiver sente orgulho de mim. Aos meus irmãos **Carlos Pedro, Suzana, Arlete e Paulo Henrique**, por cada um a sua maneira, sempre estar presente em minha vida, me motivando e ajudando conforme as possibilidades. A minha cunhada **Roberlania** pela força. Aos meus sobrinhos **Bruno e Pablo Henrique** por existirem e alegrarem a minha vida.

A toda a minha **família** por sonharem e idealizarem a minha formação, demonstrando apoio e alegria por essa vitória alcançada, vitória essa que não é só minha e sim, nossa.

As professoras da banca examinadora **Anubes Castro e Cecília Oliveira** que contribuíram com o engrandecimento deste trabalho.

As minhas amigas, e colegas de graduação, **Suzana Fontes e Mariana Borges**, as minhas “Anas” por me aturarem, estarem ao meu lado nos momentos de alegria e de sufoco, por tudo que vivemos juntas, por toda a ajuda que sempre foi prestada. Por nosso companheirismo e amizade que nasceram aqui e a qual desejo que perdure por toda a vida. Amo vocês.

Para minhas irmãs de coração **Camila e Wennia** que acreditaram, me motivaram, me ajudaram e me fizeram ver que eu era capaz de vencer. Admiro vocês, amigas e exemplos de superação e realização. E aos demais amigos que me acompanham desde a infância. Amo vocês pra toda a vida.

Para todos os meus **colegas de turma** que me concederam a felicidade e a graça de passar por tantos momentos de angústias e felicidade juntos. Por ajudar a tornar-me uma representante de turma cada vez melhor, responsável e dedicada aos interesses em comum. Por todos os momentos inesquecíveis, inigualáveis, impagáveis, indescritíveis e felizes que uma estudante possa ter ao lado de seus colegas. As eternas colegas **Lili e Amanda** que

sempre fizeram parte dessa turma. Obrigado por serem a melhor turma de Enfermagem da UFCG. Nunca vou esquecê-los.

Aos **idosos** que aceitaram colaborar com esse trabalho. Todos recebam meu respeito e sinceros agradecimentos. Bem como aos **agentes comunitários de saúde** que possibilitaram esse elo com os mesmos.

A **Coordenação do Curso de Enfermagem**, e a todos os **professores** que de forma única e diferenciada sempre nos recebeu e acolheu mostrando interesse em solucionar nossos problemas, pelo incentivo a luta de melhorias em nossa futura profissão. Pelo privilégio em aprender com os melhores professores, grandes mestres que nos mostraram não só o aprendizado acadêmico, mas também colaboraram com nosso crescimento pessoal e profissional.

A todos os profissionais **Enfermeiros (as) e Técnicos (as) em Enfermagem** com os quais tive a oportunidade de aprender a atuar como enfermeira e me tornar profissional, tanto na Unidade Básica de Saúde no Estágio Supervisionado I, como todos aqueles que conheci no HUAC, HUJB e HRC durante o estágio Supervisionado II.

Enfim, a cada um de vocês e a tantos outros amigos, familiares, conhecidos, que desde minha aprovação no vestibular acreditaram na minha capacidade e se mostraram felizes com meu desempenho.

OBRIGADA POR TUDO!

*“A lei da mente é implacável. O que você pensa, você cria. O que você sente, você atrai. O que você acredita, torna-se realidade.”*

*(Buda)*

NASCIMENTO, Adriana Ramalho. **Fatores de risco para queda em idosos: um estudo do ambiente domiciliar**. 2015. 76p. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2015.

## RESUMO

**Introdução:** Apontadas como um dos eventos traumáticos mais presentes nessa faixa etária, as quedas são episódios comuns e frequentes que podem acarretar em consequências de níveis variáveis na população idosa. Neste sentido, justifica-se a importância da pesquisa pela necessidade de ampliar os conhecimentos acerca desse acontecimento considerando-se a carência de estudos publicados sobre a avaliação do ambiente domiciliar e sua interferência na ocorrência de quedas em idosos, possibilitando estender os conhecimentos tanto de acadêmicos como, dos profissionais de saúde acerca do tema investigado. Objetivou-se identificar a presença de fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa realizado nos domicílios dos idosos que são abrangidos pela Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim, no município de Cajazeiras – Paraíba. A coleta de dados aconteceu na residência de 51 idosos, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante voluntário. Para isso foi adotado um questionário semiestruturado pertinente às condições sociodemográficas, percepção de quedas e avaliação do ambiente domiciliar através da utilização da Escala Ambiental de Riscos de Quedas Adaptada. Os resultados foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010, e categorizados através de gráficos, tabelas e estatísticas simples. Os fatores ambientais foram identificados através da Escala Ambiental de Risco de Quedas Adaptada contendo 30 questões, nas quais para cada resposta afirmativa pontuou-se “0” e negativa pontuou-se “1”, a soma final foi avaliada através do escore que determinou o grau de risco do ambiente. Em seguida, os resultados foram confrontados com a literatura pertinente. **Resultados:** Verificou-se que 49,0% dos participantes tinham idade entre 60 e 69 anos, 68,6% eram do sexo feminino e 47,1% caíram em algum momento. Referente ao local 54,2% relataram ter caído em casa, e 41,7% informaram não ter apresentado consequências após o evento. Quanto a avaliação do ambiente 53,0% apresentaram médio risco de quedas, 47,0% baixo risco, sendo que nenhum domicílio apresentou alto risco; os fatores de risco prevalentes apontaram para que 98,0% não possuem barras de apoio e 50,9% possuem tapetes soltos, 96,0% não têm luz indireta ao lado da cama e 37,2% não fazem uso de luz de sentinela, 86,2% não apresentam cadeira para assentar-se no quarto e 21,5% possuem cama com altura inadequada, 90,1% não possuem tapetes antiderrapantes e 62,7% não possuem piso antiderrapante no banheiro e cozinha, 19,6% apresentavam pias com vazamento, além da ausência de corrimão bilateral e falta de marcação com faixa amarela dos degraus em 11,7% das escadas. **Considerações finais:** Os dados fornecem subsídios para o aprimoramento da temática entre profissionais e estudantes da saúde, bem como poderão contribuir para a criação e desenvolvimento de programas e políticas públicas de prevenção às quedas domiciliares.

**Descritores:** Acidentes por quedas; Fatores de risco; Idoso; Envelhecimento.

NASCIMENTO, Adriana Ramalho. **Factors of risk to fall in the elderly: a study of home environment**. 2015. 76p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Center for Teachers Formation, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2015.

### ABSTRACT

**Introduction:** Exposed as one of the most traumatic events in this age group, the falls are common and frequent episodes that may cause consequences of varying levels in the elderly. This fact, justified the importance of research by the need to expand knowledge about this event. Considering the lack of published studies on the evaluation of home environment and its interference on the occurrence of falls in the elderly, allowing to extend the knowledge of both academics and health professionals about the research theme. This study aimed to identify the presence of the risk factors for falls in the home environment. **Methodology:** This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach conducted at the homes of old people who are covered by the Family Health Unit José Leite Rolim, in the city of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. Data collection occurred at the residence of 51 elderly after the project was approved by the Research Ethics Committee and obtained the signature of the Consent Term and informed the willing participant. For this study we adopted a relevant semi structured questionnaire to sociodemographic conditions, perception of falls and evaluation of the home environment through the use of Environmental Risk of Falls Adapted Scale. The results were organized and tabbed using Microsoft Office Excel 2010 program, and categorized through graphs, tables and simple statistics. Environmental factors were identified by the Environmental Risk of Falls Adapted Scale containing 30 questions, which for each affirmative answer scored "0" and negative scored "1", the final sum was evaluated by the score that determined the environmental risk level. Then the results were compared to the relevant literature. **Results:** It was verified that 49.0% of participants were aged between 60 and 69 years-old, 68.6% were female and 47.1% fell at some point. Concerning the place where 54.2% reported have fallen it was their homes, and 41.7% said they had not shown consequences after the event. As for evaluation of the environment 53.0% presented medium risk of falls, 47.0% low risk, and no environment presented high risk; the prevalent risk factors showed 98.0% do not have support and 50.9% have throw rugs, 96.0% have indirect light next to the bed and 37.2% do not use light sentinel, 86.2% have no chair to sit on in the bedroom and 21.5% have bed with inadequate height, 90.1% do not have non-slip rugs and 62.7% do not have non-slip floor in the bathroom and kitchen, 19.6% had leaky sinks, besides the lack of bilateral handrail and yellow stripe in 11.7% of the stairs steps. **Conclusion:** The data provide information for the improvement of the topic between professionals and students of health, it may contribute to the creation and development programs and public policies for the prevention of falls in the home environment.

**Keywords:** Accidental falls; Risk factors; Elderly; Aging.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**AVE** – Acidente Vascular Encefálico

**CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ILPIs** – Instituição de Longa Permanência para Idosos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNAISH** – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

**PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**SIH** – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TCRPR** – Termo De Compromisso e Responsabilidade - Pesquisador Responsável

**TCRPP** – Termo De Compromisso e Responsabilidade - Pesquisador Participante

**UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa do Estado da Paraíba.....	33
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição da ocorrência de quedas.....	40
<b>Gráfico 2</b> – Caracterização dos idosos vítimas de queda segundo o sexo.....	41
<b>Gráfico 3</b> – Caracterização das quedas segundo o local da ocorrência.....	42

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil sociodemográfico dos idosos.....	37
<b>Tabela 2</b> – Consequências físicas da ocorrência das quedas.....	43
<b>Tabela 3</b> – Classificação do risco de acordo com a Escala Ambiental de Risco de Quedas.....	44
<b>Tabela 4</b> – Fatores de risco encontrados nas residências dos idosos.....	45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS .....	22
3.2 O IDOSO .....	23
3.3 QUEDAS.....	25
3.4 FATORES DE RISCO PARA AS QUEDAS .....	27
3.5 DETERMINANTES LIGADOS AO AMBIENTE FÍSICO PARA O RISCO DE QUEDAS.....	29
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	32
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	33
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	33
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	35
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>36</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	37
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE QUEDAS .....	40
5.3 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR ATRAVÉS DA ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS ADAPTADA .....	44
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>60</b>
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	61
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL. ....	66
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE .....	67
APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA .....	68
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>
ANEXO A – OFÍCIO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS .....	70
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS .....	71

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	72
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISA .....	74



Atualmente a população idosa passa por uma fase de grande crescimento em todo o mundo. É nítido cada vez mais o desejo das pessoas em se cuidarem para que possam alcançar a terceira idade com melhor qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), considera-se idoso aquele indivíduo que apresente idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, biológico, lento e gradual que ocorre em todos os indivíduos ao longo de suas vidas. Em consequência disso advém uma redução progressiva das reservas funcionais do sujeito, compreendida como senescência o que, em condições normais não costuma ocasionar nenhum tipo de adversidade. Já em condições onde esse processo sofre a interferência de fatores como doenças, acidentes e estresse emocional, torna-se patológico e o indivíduo passa pela senilidade. (BRASIL, 2007).

Ao longo dos anos no Brasil, o percentual de idosos só cresceu passando a duplicar nas últimas cinco décadas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), em 1960 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população total. Já em 2010 esse número disparou para 10,8% totalizando 20,5 milhões.

Esse prolongamento da vida é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde como: decréscimo nas taxas de natalidade, redução do índice de desnutrição infantil, aumento da expectativa de vida, redução da taxa de mortalidade, melhorias nas condições de infraestrutura e desenvolvimento econômico e social. (BRASIL, 2014).

Nesse país, a expectativa de vida segue avançando rapidamente. Entre 1980 e 2013 foi registrado um aumento de 17,9%, passando de 62,7 para 73,9 anos, um acréscimo positivo de 11,2 anos. Estimativas recentes do IBGE projeta que já em 2014 a expectativa de vida do brasileiro logo ao nascer, seja de 74,8 anos. (BRASIL, 2014).

Para Chianca et al. (2013), as mudanças ocorridas no perfil demográfico brasileiro estão sendo possíveis devido à melhoria da qualidade de vida e adoção de hábitos saudáveis, como pode ser citada a manutenção de uma dieta balanceada, a prática de exercícios físicos regulares, a erradicação ou diminuição do etilismo e tabagismo. Em associação a esses fatores, é possível perceber que avanços presentes nas áreas da saúde, indústria farmacêutica e tecnologia, a preocupação com a prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas através da efetivação de políticas públicas na saúde, também contribuem fortemente para esse cenário.

De acordo com Berenstein; Wajnman, (2008), é possível perceber que a transição epidemiológica, ocorrida mundialmente nos últimos anos pode ser caracterizada através do perfil de morbimortalidade antes marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis,

para o domínio de doenças crônicas degenerativas e suas complicações, como ainda por agentes externos.

Segundo Messias; Neves (2009), o processo de envelhecimento traz consigo diversas modificações corporais, como no sistema de controle postural, déficits visuais, auditivos, alterações osteomioarticulares, e outras diversas alterações degenerativas que podem parecer pequenas e insignificantes, porém, aliado às doenças crônicas degenerativas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e osteoporose pode resultar em perda da coordenação, sobretudo quando se trata da realização das atividades de vida diária (AVD) podendo interferir na autonomia e qualidade de vida do idoso.

Todos esses fatores associados por sua vez podem colaborar para que a pessoa idosa fique cada vez mais susceptível a episódios de quedas, que podem gerar prejuízos funcionais, emocionais e materiais tanto para o idoso quanto para sua família. (GIL et al., 2011). Por definição as quedas são o resultado do direcionamento do corpo de forma não planejada ao solo, ou em qualquer outro nível inferior, exceto mudanças de posição intencionais para se apoiar em objetos, paredes ou móveis. (OMS, 2007).

Portanto, as quedas podem estar relacionadas ao desequilíbrio corporal que pode ser visto com mais intensidade nessa faixa etária, bem como a dificuldade de reagir ao desequilíbrio e evitar a queda. Com isso, Maciel (2010), afirma que esse evento representa um sério problema de saúde pública, cuja gravidade de sua comum ocorrência passa despercebido pela sociedade brasileira, do qual o impacto gerado por elas direta ou indiretamente não recebem a atenção devida no âmbito das políticas públicas de saúde.

Independente da idade qualquer pessoa está exposta ao risco de desequilibrar-se e cair. Muitas vezes mesmo quando a queda tem uma consequência um pouco maior seja na criança, jovem ou adulto, a recuperação dos indivíduos nessa faixa etária ocorrem de forma rápida, e em sua maior parte sem prejuízos funcionais. Para o idoso, sofrer uma queda pode trazer graves consequências tanto físicas como mentais tendo em vista que, além da lesão física que pode ir desde uma arranhadura até uma fratura exposta, o idoso pode ficar incapacitado temporário ou permanentemente, implicando em dependência parcial ou total e o abandono da realização de suas atividades básicas cotidianas.

Em função da diminuição da capacidade funcional e as alterações da marcha, reflexos e visão, seria relevante que os domicílios dessas famílias tivessem condições mínimas de adequação garantindo o deslocamento dessas pessoas em seu interior, prevenindo a ocorrência das quedas, uma vez que a maioria dos familiares não tem consciência da gravidade delas, nem tampouco as sequelas que podem gerar e da possibilidade de prevenção.

Desta forma, é necessário que os trabalhadores da saúde estejam envolvidos na prevenção de quedas. Sendo assim, os profissionais de enfermagem, atuantes na Estratégia de Saúde da Família são também corresponsáveis por dar o apoio necessário tanto às vítimas desse evento bem como, efetivar ações de educação direcionadas a prevenção e conscientização dos idosos e seus familiares quanto a importância da readaptação do espaço físico.

No entanto, o que se observa é que a população em geral ainda não está preparada para cuidar dos idosos no íntimo de seus lares. De uma forma leiga são conhecedoras da redução da habilidade funcional e cognitiva que ocorre na terceira idade, mas, não são capazes de correlacionar esse fator a causa de uma queda domiciliar com um ambiente que oferece riscos. Nesse sentido, a escolha do tema justifica-se pelo breve contato com pessoas idosas que já passaram por esses episódios. Na vigência dessa realidade, cada vez mais comum vivenciada nessa fase da vida considera-se relevante a efetivação de medidas preventivas direcionadas ao o espaço físico domiciliar, lugar este onde o idoso passa maior espaço de tempo. O que despertou o desejo em aprofundar os conhecimentos acerca da temática.

Espera-se com o seguinte estudo avaliar a realidade dos espaços domiciliares ocupados por pessoas idosas, criar estratégias que visem contribuir para a prevenção das quedas e conseqüentemente contribuir para uma melhor qualidade de vida de todos os membros da família.

De acordo com a problemática acima exposta, foram elaboradas questões que norteiam o estudo: Quais fatores colaboram para o risco de quedas no ambiente domiciliar? Qual o grau de susceptibilidade a quedas nos cômodos das residências de idosos? Quais estratégias podem colaborar com a prevenção de quedas em idosos?



## 2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a presença de fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar de idosos.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o grau de susceptibilidade a quedas nos cômodos das residências de idosos;
- Desenvolver estratégias para a prevenção de quedas em idosos.



### 3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS

Uma realidade que eclodiu na sociedade brasileira atualmente é a presença marcante e ativa cada vez maior de sujeitos envelhecidos. O aumento da expectativa de vida propiciou maiores oportunidades a esse grupo etário nos mais diversos setores da comunidade.

A proporção de idosos tem forte tendência ao crescimento nos próximos anos. Em comparação com um passado ainda recente pode-se constatar que esse número aumenta rapidamente. Em nosso país no ano de 1960, dados referem uma população de 3 milhões de idosos, passando para 7 milhões em 1975 e, em 2008 passou para 20 milhões, aumento significativo em pouco espaço de tempo, menos de 50 anos (VERAS, 2009).

Os altos níveis de fecundidade e mortalidade no país na década de 1940 eram predominantes, contribuindo para a baixa expectativa de vida. Desde os anos 1970 inicia-se a alteração deste cenário, o Brasil vem experimentando uma redução acelerada nos níveis de fecundidade. Enquanto nas décadas de 1950 e 1960 o número médio de filhos por mulher girava em torno de 6,2, em 2013, este número passou para 1,7 filho por mulher. Com a baixa taxa de natalidade e mortalidade concomitantes, emerge um momento de grande crescimento populacional que perdura até os dias atuais. Este processo de transição demográfica, além de ser determinante no tamanho populacional, também altera a estrutura por idade da população, justificando a tendência ainda crescente da população idosa (IBGE, 2013).

Contudo percebe-se a rápida e considerável mudança na demografia populacional onde, o formato tipicamente triangular da pirâmide etária, com uma base alargada, está dando lugar a pirâmide populacional com base mais afilada e vértice mais alargado, característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento. A expansão do contingente de adultos e, principalmente de idosos, juntamente á redução relativa da participação das crianças e jovens confirma tais mudanças. Sendo assim, a transformação na estrutura etária da população, expressa um crescimento significativo de habitantes acima de uma idade estabelecida, considerada como definidora do início da velhice sendo o que chamamos, de envelhecimento populacional (BRASIL, 2010).

É oportuno salientar, que a mudança no perfil epidemiológico trouxe consigo a necessidade de mudanças no planejamento das ações em saúde. Para Costa; Camarano, (2008), a mortalidade antes causada principalmente por doenças infecto contagiosas, passa atualmente para um perfil de maior carga de doenças e agravos não transmissíveis, assim como de incapacidades, resultando no maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde.

Diante da crescente demanda de uma população que envelhece e atentando para a necessidade de melhorias nos mais diversos setores da sociedade eis que surge o grande desafio para os gestores que devem criar e promover políticas públicas voltadas às necessidades singulares desse grupo, como, de atenção, adaptação, bem estar, qualidade de vida, prevenção de agravos e garantia de direitos dos idosos.

Para isso foi criado a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI que tem como objetivo maior assegurar a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da capacidade funcional do sujeito que envelhece (BRASIL, 2006), assegurado pelo Estatuto do Idoso que refere a obrigatoriedade da família, comunidade, sociedade e Poder Público em assegurar ao idoso, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

### 3.2 O IDOSO

Notavelmente vivencia-se uma condição de grande envelhecimento populacional, que demanda maiores investimentos por cuidados de saúde visto as necessidades apresentadas em função de todas as mudanças ocorridas nessa fase pelo processo degenerativo, declínio funcional e surgimento de doenças crônicas.

A Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem como alvo todo cidadão ou cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade, padrão cronológico que define a população idosa (BRASIL, 2006) Foi criada também a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 que em seu artigo 1º diz “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos”. (BRASIL, 2003).

Ambas as políticas tem suas ações voltadas para o público alvo que são as pessoas a partir de 60 anos. Critério esse utilizado como marcador, determinando quem tem direito a benefícios como preferência em filas no atendimento em geral, gratuidade nas passagens em transportes coletivos municipais, intermunicipais e interestaduais, vagas em estacionamentos, descontos em show, etc. Esse marco cronológico serve como parâmetro classificatório para execução dos direitos conquistados por essas pessoas através da criação das referidas políticas.

Ao certo se sabe que o fenômeno envelhecer acontece de forma única em cada indivíduo, devendo ser considerado não só a idade cronológica, mas também a biológica e

todos os fatores associados a ele. Definir o envelhecimento é algo complexo, pois deve-se avaliar não só o número de anos vividos, mas, visualizar o idoso como um todo. Como um ser com necessidades físicas, biológicas, psicológicas, sociais, culturais e religiosas. Nessa perspectiva Santos et al. (2010, p.130), afirma que, “o ser idoso é o resultado final de um conjunto envolvendo o envelhecimento, que é um processo, e a velhice, que compõe uma das fases da vida”.

Ser idoso é poder envelhecer de forma agradável, aceitando as mudanças ocorridas ao longo da vida, como o novo corpo e a nova mente, apresentando algumas falhas talvez, mas, feliz com as conquistas que foram alcançadas, tendo a perspectiva de que é possível desfrutar de boa saúde levando uma vida ativa e saudável.

As mudanças visualmente percebidas em uma pessoa idosa é o marco dos caracteres próprios dessa fase como o agrisalamento e diminuição dos fios de cabelo, a presença de rugas, menor elasticidade da pele, maior lentidão ao caminhar. Mais nenhuma dessas características são consideradas doenças, a manifestação destas não é exclusividade dessa fase da vida, podendo estar presente também nas demais.

Algumas alterações advindas do envelhecimento remetem ao comprometimento cognitivo e funcional. As funções cognitivas que mais sofrem alterações fisiológicas são a memória que exibe traços de esquecimento consideráveis; a linguagem através da afasia, anomia, parafasias, dislexia e repetição de palavras; a percepção também é afetada através da agnosia definida como a incapacidade do reconhecimento de estímulos tanto visuais como auditivos e táteis; desorientação espacial, déficit auditivo e visual. Funcionalmente as mudanças psicomotoras perceptíveis são as alterações posturais e de marcha, bem como a redução significativa na capacidade de geração de força nos músculos esqueléticos e equilíbrio. (MORAES; LANNA, 2008).

Entretanto não se pode supor que todas as alterações apresentadas nessa fase são naturais de tal processo, por que pode mascarar a detecção precoce e o tratamento de algumas doenças. O envelhecimento natural inerente ao ser humano não deve ser tratado como doença, acarretando em consultas médicas e realizações de exames desnecessários em virtude de sinais e sintomas facilmente justificados pela senescência. (BRASIL, 2007).

Teixeira; Guariento, (2010, p. 2846), descrevem a senescência como “um período de mudanças relacionadas á passagem do tempo que causam efeitos deletérios no organismo. [...] E exerce um impacto na capacidade funcional do indivíduo ao torná-lo mais susceptível ás doenças”.

A senescência sendo o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento pode ter sua velocidade retardada ou acentuada, de acordo com o estilo de vida levado pelo idoso tanto no passado como no presente, ou resultante do agravamento de alguma enfermidade. As mudanças facilmente observadas são as auditivas, vocais, visuais, de marcha, de equilíbrio, e de cognição.

Sendo assim as mudanças biológicas serão inevitáveis a qualquer um, em consonância a este processo é importante estimular o envelhecimento ativo no plano individual. A WHO/OMS (2005, p.13), assevera que, para o envelhecimento ser visto positivamente, com maior longevidade deve-se reforçar o envolvimento, confiança e oportunidades continuadas de saúde. Tendo como definição “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Nessa conjuntura, compreende-se que envelhecer ativamente não se refere apenas a mobilidade física, mas também a atuação do sujeito dentre as questões civis, econômicas, culturais, espirituais e sociais. Possibilitando á essas pessoas maior percepção de seu potencial para o bem estar mental, físico, e social durante o seu percurso de vida, participando da sociedade de acordo com sua capacidade, necessidade e desejos.

### 3.3 QUEDAS

Na atualidade, envelhecer é um acontecimento que por vezes delinea uma condição de maior fragilidade, susceptibilidade e dependência. Nessa fase, quanto mais o tempo passa e o idoso se torna ainda mais idoso, as chances de adquirir doenças também aumentam. O perfil de doenças infecto contagiosas vai cedendo lugar para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que ao apresentar complicações podem gerar como consequência outros agravos.

O recebimento adequado de informações através de componentes do sistema nervoso central, cognitivo, sensorial e musculoesquelético de forma integralizada são responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal. (RIBEIRO et al., 2008). Consequente do declínio fisiológico e das novas formas de funcionalidade e adaptação dos órgãos, dos fatores ambientais associados ou não a doenças são fatores que podem acarretar em uma maior predisposição as quedas.

Apontadas como um dos eventos traumáticos mais presentes nessa faixa etária, as quedas são definidas por Almeida et al. (2012, p. 428), como “episódios de desequilíbrio que levam o idoso ao chão. Ela pode ser determinada por qualquer contato acidental com

superfícies próximas, como uma cadeira ou um balcão”. Alves; Scheicher, (2011), relatam que as quedas são uma das consequências mais graves do envelhecimento, e que são reconhecidas como um relevante problema de saúde pública entre os idosos, decorrente de sua frequência, morbidade e elevado custo social e econômico advindos das lesões provocadas.

Todos independentemente da idade correm perigo em sofrer quedas. Contudo, no público idoso o risco dispõe de um grande significado, pois, acontece em frequência considerável podendo gerar incapacidade, injúria e morte. (CHIANCA et al., 2013).

Para Motta et al. (2010), esses episódios acontecem tanto em idosos que moram na comunidade, quanto aos que se encontram institucionalizados ou hospitalizados. As quedas podem acarretar desde pequenas escoriações, variando entre graves fraturas até a morte. Quando é apresentada uma grave consequência como resultado, o sujeito pode reduzir ou perder sua independência anterior, podendo ficar acamado ou até ir a óbito.

O Ministério da Saúde/Brasil (2007), afirma que pelo menos 30% dos idosos caem por ano, entre idosos com idade superior a 80 anos esse percentual sobe para 40% e, 50% entre os que moram em Instituições de Longa permanência para Idosos (ILPIs). Em 2012 no Brasil, dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) comprovam os altos índices de ocorrência de quedas, sendo que dessas 1.358 foram registradas na faixa etária entre 60 a 69 anos, 2.020 entre os que tinham 70 a 79 anos e 4.466 quedas entre os idosos que tinham acima de 80 anos. Informações que comprovam que a medida que o individuo vai ficando mais velho, os episódios de quedas tem suas chances aumentadas e se fazem mais presentes entre essa população, podendo esses números ser ainda maiores pelo fato de que nem todas as quedas são de gravidade considerável a ponto de precisar de atendimento médico para que seja incluído nas estatísticas.

Essa maior predisposição a queda na oitava fase da vida remete a fragilidade da força e do equilíbrio, características que foram se perdendo com o passar do tempo e que, aliado a outros fatores contribuintes favorecem a ocorrência de quedas sem que estas sejam devidamente valorizadas, aumentando de forma considerável a gravidade e as estatísticas sobre esse evento.

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) mostra que em 2007, o principal motivo de internações hospitalares por causas externas no público em geral registradas no SUS, foram as quedas com 41,58%, seguidas dos acidentes de transportes com 14,89% e, das agressões com 5,31%. Número alarmante que nos faz refletir a importância da criação, planejamento e execução de medidas educativas e preventivas que possam combater a alta incidência de lesões provocadas por quedas, principalmente na faixa

etária idosa que, além do comprometimento da qualidade de vida também são responsáveis por altos custos do sistema de saúde.

A comprovação estatística de dados exhibe um amplo número de internações por causas externas sendo registrados por quedas. Ao pensar no público idoso imagina-se que esse número seja bem alto, sendo que os registros desse tipo ainda deixam a desejar. Por mais que não sejam totalmente confirmadas junto a esse banco de dados, as quedas tem dimensão maior do que aparentam. Para Antes et al. (2013, p.759), “Acredita-se que em 2050, aproximadamente uma em cada três pessoas, com 65 anos ou mais, sofrerá uma ou mais quedas por ano, e cerca da metade destas resultará em lesões”. Pela projeção de idosos passar por um momento de elevação, a tendência é que as lesões e tratamentos relacionado a elas também cresçam substancialmente nos próximos anos caso não sejam tomadas medidas a partir desse momento.

Perracini (2009), considera que em associação a queda, sobrevém o aumento da fragilidade, limitação das atividades, retraimento social, medo de queda recorrente, das lesões e da institucionalização e pelo comprometimento da autonomia e independência funcional. Autonomia remete a capacidade de decisão expressa na liberdade de agir e tomar decisões, enquanto a independência funcional está ligada á mobilidade e a capacidade funcional, competência de executar atividades cotidianas sem o auxílio de terceiros. (MORAES et al., 2008).

Após um evento de queda relativamente grave que tenha como consequência a dependência e a perda da autonomia, o idoso tem o comprometimento e até mesmo a eliminação permanente da execução das tarefas pessoais e diárias consideradas simples. Duca; Silva; Hallal, (2009) atribuem que esses elementos comprometem a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs) que incluem as funções elementares ou básicas para a sobrevivência como alimentar-se, ter controle da continência urinária e fecal, mover-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. Bem como as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) estando inclusas ações como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupas, usar transporte, tomar remédios, organizar seu orçamento e caminhar.

### 3.4 FATORES DE RISCO PARA AS QUEDAS

Os fatores causais ou de riscos para as quedas são divididos em dois grupos, os fatores extrínsecos e os intrínsecos. O acúmulo de fatores do mesmo grupo ou em consonância aos de outro grupo dobram as chances de ocorrências de quedas. Tanto o somatório desses elementos

quanto a interferência isolada de um deles podem levar as quedas desde um estágio mais leve onde não haja consequências graves e o idoso consiga se levantar e voltar as suas atividades normais sem problemas, como para um estado de maior seriedade podendo apresentar lesões sérias e até mesmo fraturas, comprometendo todo o estilo de vida antes levado pelo sujeito.

Os fatores intrínsecos relacionam-se aqueles apresentados individualmente de acordo as alterações do processo de envelhecimento, sendo os mais comuns a fraqueza muscular, alterações na marcha e equilíbrio, a polifarmácia, múltiplas patologias. Menezes; Bachion, (2008), acreditam que a maioria das quedas pode resultar da interação entre esses fatores, comprometendo os diversos sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio, os efeitos adversos dos medicamentos utilizados, seu uso concomitante e os déficits visuais.

Os fatores extrínsecos são aqueles relacionados ao ambiente que o idoso vive, podendo ser o domicílio ou os arredores e a comunidade no geral. Pisos escorregadios, escadas com degraus altos, muito estreitos e sem corrimão, tapetes soltos em meio a casa, iluminação inadequada ou insuficiente, interruptores em locais inadequados, móveis mal instalados, calçados impróprios, presença de entulhos, e falta de uma luz de sentinela durante a noite, são fatores que podem ocasionar quedas principalmente nas casas dos idosos (FREITAS; CÂNDIDO; FAGUNDES, 2014).

No estudo de revisão realizado por essas autoras, contatou-se que circunstancialmente uma proporção considerável desses eventos acontece na própria residência do idoso, geralmente durante a realização das atividades diárias cotidianas como caminhar e ir ao banheiro. Ambientes inseguros, mal iluminados, mal construídos com diversas barreiras físicas representam os principais fatores de risco, tornando o domicílio como principal local da queda.

Na vigência desses possíveis fatores é possível reduzir os riscos de quedas quando medidas de prevenção eficazes são postas em prática. Considera-se relevante levar uma vida ativa e saudável sempre que possível dentro dos limites expressos pelo idoso, caminhadas leves e periódicas ajudam a manter a confiança, equilíbrio e força muscular, além de colaborar na manutenção do peso adequado. Modificações ambientais tornam-se essenciais nos domicílios de famílias que tenham membros idosos, pois, são em lugares como esses onde estão ocultos os maiores perigos para esses indivíduos. A educação em saúde através da investigação dos fatores de risco ambientais e conscientização dos mesmos para cada componente familiar permite a realização das mudanças necessárias que favorecem a independência do idoso visando, acima de tudo, sua qualidade de vida por meio de um ambiente que expresse maior segurança sem afetar o estilo de vida dos demais.

Portanto, torna-se primordial a constatação dos fatores condicionantes predisponentes às quedas para que, a partir do reconhecimento deles haja um esforço conjunto tanto da família, quanto da comunidade e órgãos públicos no intuito de preveni-las e trata-las quando se fizer necessário, buscando subsídios no auxílio do tratamento e quando possível a restauração total do bem estar daquele indivíduo.

### 3.5 DETERMINANTES LIGADOS AO AMBIENTE FÍSICO PARA O RISCO DE QUEDAS

O Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (WHO/OMS, 2010), em seu capítulo III cita os principais determinantes que se relacionam a ocorrência de quedas. Entre eles foram citados: cultura, gênero, prestação da assistência de saúde e serviço social, comportamentais incluindo a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, uso de medicamentos, determinantes sociais, econômicos e ambientais, sendo este último um dos que apresentam maior destaque no referido documento.

Por ser o domicílio local de maior permanência do idoso, fatores relacionados a esse ambiente respondem por cerca de 30% a 50% das quedas. A ligação dos determinantes ambientais apresentam papel significativo, e a interação de fatores intrínsecos como diminuição do equilíbrio e da acuidade visual aliado ao ambiente residencial e público contribui para a ocorrência desses eventos. (RELATÓRIO GLOBAL DA OMS SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA VELHICE – WHO/OMS, 2010).

Como exemplo do ambiente crítico que é a residência e seu entorno, os fatores que expressam maior risco são as escadas onde com frequência podem ser identificados aspectos que comprometam a segurança de quem a utiliza como degraus irregulares, muito altos ou muito estreitos, superfícies escorregadias, quinas não marcadas, corrimões descontínuos ou mal ajustados para a empunhadura, e iluminação inadequada ou excessiva. Outro fator de risco são as calçadas irregulares ou rachadas, tapetes soltos dentro de casa, soleiras inadequadas nas portas, fios elétricos soltos, obstáculos em meio a casa, superfícies escorregadias principalmente no banheiro e na cozinha, distancias longas entre o quarto ou a área de maior permanência do idoso e os sanitários.

Considerando os dados e informações a respeito das causas e fatores que contribuem para as quedas, o ambiente domiciliar representa um lugar de riscos consideráveis para escorregões, tropeços, trombadas e dificuldades na deambulação, quando há vigência desses fatores. Por isso é essencial medidas preventivas que diminuam esses riscos proporcionando

um ambiente mais seguro tendo em vista que esse é o lugar onde ele permanece a maior parte do tempo.

A efetivação dessas medidas, relativamente simples e a adaptação do ambiente favorece a prevenção de agravos e contribuem efetivamente na qualidade de vida do idoso. Percebe-se então a necessidade da avaliação desses lugares e da contribuição da enfermagem junto á família para que haja o reconhecimento dos riscos, eliminação deles e redução tanto da probabilidade de cair quanto da incidência da mesma. Para isso, é necessário que se instrua a comunidade e as famílias, sendo que os profissionais de enfermagem devem ter aptidão e conhecimentos tanto para identificar os fatores predisponentes quanto repassar essas informações para as pessoas que precisam torna-se conhecedoras.



#### 4.1 TIPO DE ESTUDO

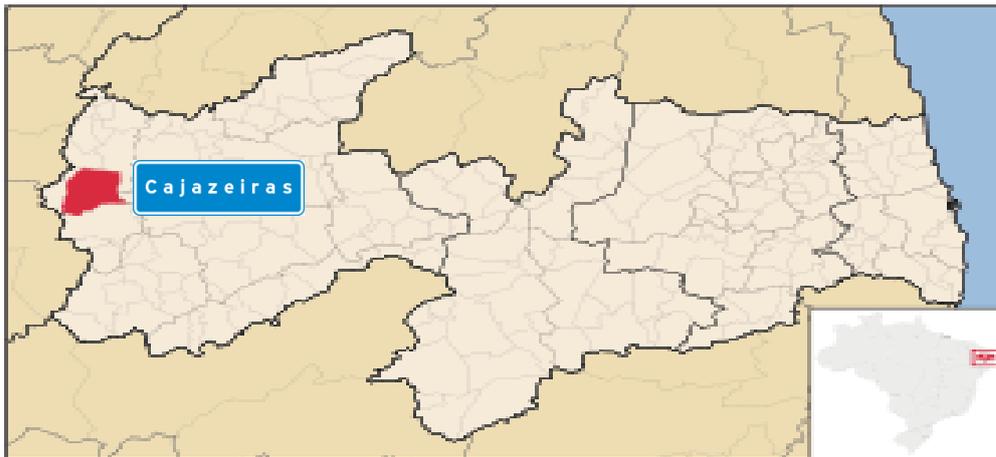
Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como principal finalidade o detalhamento das características de determinada população, estudando-se assim as características de um grupo e sua distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, renda, estado de saúde física e mental, entre outros.

A pesquisa exploratória destina-se a proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, objetivando principalmente o desenvolvimento, esclarecimento e modificações de conceitos e ideias, visando a formulação de problemas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

A pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que se preocupa em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente (TERENCE; FILHO, 2006).

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras – Paraíba, localidade que ocupa 565,899 km<sup>2</sup> de área territorial, e está distante 468 km<sup>2</sup> da capital João Pessoa. Esta cidade conta com uma população de 61.030 habitantes segundo as estimativas do IBGE (2014), sendo que 10.964 são idosos (Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras - 2014). Com 16 Unidades de Saúde da Família em funcionamento, a USF José Leite Rolim é a que apresenta o maior contingente de idosos cadastrados justificando a sua escolha, facilitando assim a coleta de dados mais fidedigna e favorecendo o confronto com outros dados acerca do assunto.



Fonte: Google imagens, 2014.

**Figura 1** – Mapa do Estado da Paraíba

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é considerada a totalidade de pessoas, animais, objetos, situações etc. que possuem um conjunto de características comuns que os definem. Amostra é o subconjunto de sujeitos extraído de uma população por meio de alguma técnica de amostragem (APPOLINÁRIO, 2009).

A população foi composta por todos os 1010 idosos cadastrados e residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim no Bairro Vila Nova, na cidade de Cajazeiras – PB. A amostra foi composta pela avaliação de 51 idosos e seus respectivos domicílios, e delimitada através dos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir no bairro há um ano, estar cadastrado na USF, ter a capacidade de deambulação preservada.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foi adotado um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por perguntas contendo os dados sociodemográficos do participante, e a avaliação do ambiente domiciliar através da utilização da Escala Ambiental de Riscos de Quedas Adaptada, instrumento recolhido através do Protocolo de Avaliação Multidimensional do idoso – Centro de Referência do Idoso Prof. Caio Benjamin Dias, Hospital das Clínicas UFMG, que foi adaptada ao ser incorporado questões que aperfeiçoavam a avaliação do ambiente.

O instrumento foi utilizado de forma individual, e realizado após explicação dos objetivos e anuência dos idosos ou de um familiar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente a pesquisadora dirigiu-se até a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB, para solicitar a autorização para realizar a pesquisa. Logo após o projeto foi encaminhado a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-UFCG). Após ser aprovado, a pesquisadora entrou em contato com a Enfermeira responsável pela USF José Leite Rolim a fim de identificar quais eram os idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa e suas respectivas residências. Em seguida, a pesquisadora dirigiu-se até os domicílios para solicitar sua participação voluntária, na ocasião, foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado a assinatura do TCLE em duas vias, uma ficou com o idoso e outra com a pesquisadora. Logo após teve início a aplicação do instrumento a fim de observar o ambiente domiciliar dos idosos.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Ao finalizar a coleta, os dados identificados foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010, e categorizados através de gráficos, tabelas e estatísticas simples.

Os fatores ambientais foram identificados através da Escala Ambiental de Risco de Quedas Adaptada que contém questões abordando a segurança de áreas de locomoção, distribuição dos móveis, presença de tapetes, iluminação, acesso aos interruptores, aos objetos nos principais cômodos da casa como no quarto; banheiro, cozinha e escadas. O teste consta de 30 questões, sendo que o resultado foi obtido por meio de pontuação onde para cada resposta afirmativa pontuou-se “0” e para cada resposta negativa pontuou-se “1”.

A soma da pontuação final foi avaliada através do escore que determinou o grau de risco do ambiente. Com isso, os domicílios analisados foram avaliados através de três grupos de acordo com o escore obtido na escala. Quando a soma final da escala resultar em menos de 10 pontos, o ambiente foi classificado como sendo de baixo risco para a ocorrência de quedas; entre 10 e 20 pontos médio risco, e maior que 20 pontos alto risco ambiental para quedas. Em seguida, os resultados foram confrontados com a literatura pertinente.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata das pesquisas desenvolvidas com seres humanos “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

O anonimato foi mantido durante toda a pesquisa e o (a) idoso (a) podia desistir em qualquer momento de participar, caso desejasse. Ressaltou-se ainda que embora todas as pesquisas envolvendo seres humanos pudessem gerar riscos, essa pesquisa apresentou um risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento traria inúmeros benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, que por meio dos dados contidos neste estudo subsidiarão novos olhares para a assistência ao idoso.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

---

Os resultados serão apresentados a partir dos dados obtidos através do instrumento de coleta, que avaliava o perfil sociodemográfico de cada idoso e da escala ambiental de risco de quedas adaptada que averiguava o ambiente físico dos domicílios.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos idosos – Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

<b>Caracterização dos idosos</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
<b>Faixa etária</b>		
60 – 69 anos	25	49,0%
70 – 79 anos	14	27,5%
80 – 89 anos	12	23,5%
<b>Sexo</b>		
Feminino	35	68,6%
Masculino	16	31,4%
<b>Estado civil</b>		
Viúvo	24	47,0%
Casado	20	39,2%
Solteiro	6	11,8%
Divorciado	1	2,0%
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	17	33,3%
1ª série	16	31,3%
4ª série	8	15,7%
2ª série	6	11,8%
3ª série	3	5,9%
5ª série	1	2,0%
<b>Profissão</b>		
Aposentado	41	80,4%
Agricultor	4	7,8%
Auxiliar de serviço	2	3,9%
Pensionista	2	3,9%
Costureira	1	2,0%
Dona de casa	1	2,0%
<b>Renda Familiar</b>		
1 salário	25	49,0%
2 salários	22	43,2%
3 salários	4	7,8%

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos idosos – Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

(Continuação)

<b>Situação do imóvel</b>		
Próprio	46	90,2%
Alugado	5	9,8%
<b>Reside</b>		
Filhos e outros <sup>a</sup>	9	17,6%
Outros <sup>a</sup>	9	17,6%
Cônjuge/filhos e outros <sup>a</sup>	8	15,8%
Cônjuge e filhos	7	13,7%
Filhos	7	13,7%
Sozinho	6	11,8%
Cônjuge	3	5,9%
Cônjuge e outros <sup>a</sup>	2	3,9%
<b>Presença de animais domésticos</b>		
Sim	29	56,9%
Não	22	43,1%

<sup>a</sup> irmãos, netos, bisnetos, noras, genros, sobrinhos e afilhados.

Fonte: pesquisa direta, 2015.

Na tabela 1 apresentam-se dados referentes ao perfil sociodemográfico da amostra em relação a faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, situação do imóvel e com quem reside. A amostra compôs-se por 51 indivíduos com idade a partir de 60 anos, com prevalência de idosos jovens, mulheres, viúvos, analfabetos e aposentados. Foi verificado que 49,0% tinham idade entre 60 e 69 anos; 68,6% eram do sexo feminino; 47,0% viúvos; 33,3% não foram alfabetizados; 80,4% aposentados e 49,0% informou receber 1 salário mínimo mensal; em relação a moradia 90,2% residem em domicílio próprio e apenas 11,8% informaram morar sozinhos.

A predominância de idosos do sexo feminino neste estudo corrobora com os achados no Brasil divulgados através do último censo demográfico realizado pelo IBGE, evidenciando o número considerável de mulheres idosas comparado ao de homens. O censo mostra que o número de pessoas idosas em nosso país era de 20.590.599, e destas, 11.434.487 pertenciam ao sexo feminino. Referente a população do município de Cajazeiras os dados constam que tem-se 7.539 idosos na cidade, sendo 3.221 homens e 4.318 mulheres, constatando-se que 57,3% da população é feminina. (IBGE, 2010).

A maior predominância do sexo feminino na perspectiva de Machin et al. (2011), remete a maior dificuldade dos homens na busca pelo autocuidado em saúde afirmando ser esta, uma prática tipicamente feminina, enquanto Knauth; Couto; Figueiredo, (2012),

reportam que culturalmente o homem é considerado ser forte, provedor familiar e invulnerável às doenças, por isso não se dirige aos serviços de saúde com intuito de prevenir o aparecimento de doenças. Associado a isto, segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008), este é mais vulnerável a violência, seja como autor ou vítima, e acidentes automobilísticos, que levam ao óbito, o que justifica a maior concentração de mulheres nas idades mais avançadas.

Em relação ao estado conjugal dos idosos neste estudo, houve predominância de viúvos e casados. Dados que são semelhantes aos encontrados por Torres et al. (2009), com 46,1% de idosos viúvos e 34,1% de casados. Victor et al. (2009), entretanto, revelou padrão inverso com 49,5% de casados e 31,7% de viúvos.

No tocante a escolaridade justifica-se o alto índice de analfabetismo e baixo grau de escolaridade pelo abandono escolar, devido as condições de vida que tinham na época da infância, onde a carência obrigava-os a trabalharem na roça deixando de lado a escola (ARRUDA; AVANISI, 2014).

A aposentadoria teve grande representatividade nesse estudo como profissão tendo em vista que, no Brasil, os cidadãos aposentam-se de acordo com a faixa etária que apresentam e/ou tempo de trabalho exercido. Na agricultura, condição de trabalho mais citada entre os entrevistados, segundo o Instituto de Estudos Previdenciários – IEPREV (2009), mulheres aposentam-se aos 55 anos e homens aos 60 anos de idade. Considerando esses fatores e as idades dos entrevistados justifica-se o grande percentual de idosos cuja fonte de renda venha da aposentadoria.

No quesito renda familiar quase metade dos entrevistados afirmou receber um salário mínimo mensal (R\$: 788,00), sendo esses idosos em sua maior parte os principais provedores financeiros da família. Em concordância Oliveira; Silva, (2012), afirma que parte dos valores que subsidiam os custos da família brasileira, recebe contribuição significativa dos pais ou avós aposentados sendo que estes recebem em torno de um salário mínimo mensal.

Quanto a situação do imóvel, apesar da maior parte dos idosos possuírem baixa renda familiar mensal, afirmaram residir em domicílio próprio. São residências de alvenaria, com água encanada e energia elétrica, porém, pequenas e muito simples, sendo o resultado de uma vida inteira de trabalho. Fator esse que concede ao idoso maior segurança e estabilidade emocional ao saber que não precisará se mudar do local afastando-se da comunidade ao qual está habituado a viver, e favorece a preservação de uma qualidade de vida pelo fato de não haver compromisso com aluguel e dispor desses valores para uso em outras necessidades básicas. Os dados evidenciados nesse estudo vão ao encontro dos achados de Ferreira et al.

(2010) e Rodrigues et al. (2012), que referiram em seus estudos um índice de 88,0% e 62,0% de idosos residentes em domicílios próprio.

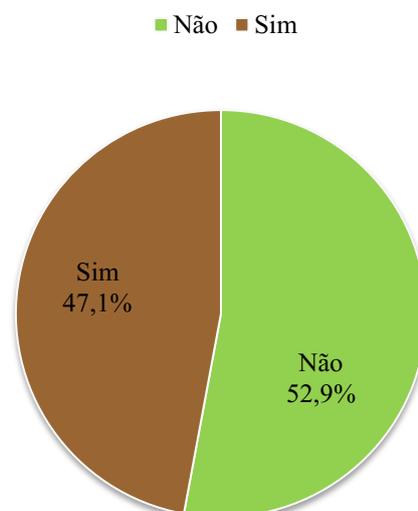
Quanto ao arranjo familiar notou-se que há predominância daqueles que socializam a moradia com mais de um parente. Ao analisar essa conjuntura, Pedrazzi et al. (2010), observaram que a maioria dos idosos residem com outros membros da família explicando-se pelo fato de filhos que sempre moraram e permaneceram na casa e, aqueles que mesmo ao constituírem novas famílias permanecem ao lado dos pais ou avós, como cuidadores e muitas vezes responsáveis pela educação e criação de seus filhos.

Referente a presença de animais domésticos, constatou-se que mais da metade dos idosos entrevistados (56,9%) afirmaram ter ao menos um deles, em sua maioria cão ou gato. É necessário orientar os familiares quanto a presença do animal dentro de casa e os riscos que estes podem gerar principalmente aos idosos. Messias; Neves, (2009), relata que obstáculos no caminho móveis, fios e presença de animais podem ocasionar quedas. Para Silva et al. (2014), grande parte das quedas domiciliares foram ocasionadas por pequenos acidentes inclusive tropeçar em tapetes ou desequilibrar-se em meio a presença de um animal doméstico.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

**Gráfico 1** – Distribuição da ocorrência de quedas. Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

### Distribuição da ocorrência de quedas



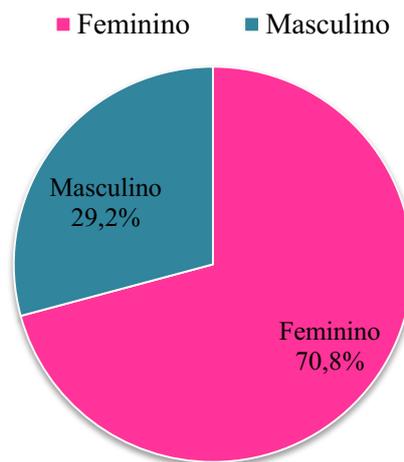
*Fonte: pesquisa direta, 2015.*

Relacionado a ocorrência do evento queda em algum momento, observou-se no gráfico 1 que 27 idosos (52,9%) afirmaram não ter caído ao passo que 24 (47,1%) admitiram que sim. Em similaridade a esse estudo os achados de Cavalcante; Aguiar; Gurgel, (2012), realizado com 50 idosos de ambos os sexos comprovou que 42,0% apresentou um episódio de queda nos últimos dois anos. Nesse contexto, Cruz et al. (2012), encontrou uma prevalência de 32,1% de quedas entre os idosos pesquisados.

Assim, percebe-se em comparação com outros estudos que, o percentual de caídores é um tanto inferior ao dos que relataram não terem caído, porém, o percentual de queda entre esse grupo merece destaque e atenção tendo em vista as possíveis consequências e incapacidades geradas por elas, como insegurança, medo, lesões na pele, fraturas, má remodelação óssea e perda parcial ou total da funcionalidade de algum membro consequente a queda.

**Gráfico 2** - Caracterização dos idosos vítimas de queda segundo o sexo. Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

### Caracterização dos idosos vítimas de queda segundo o sexo



*Fonte: pesquisa direta, 2015.*

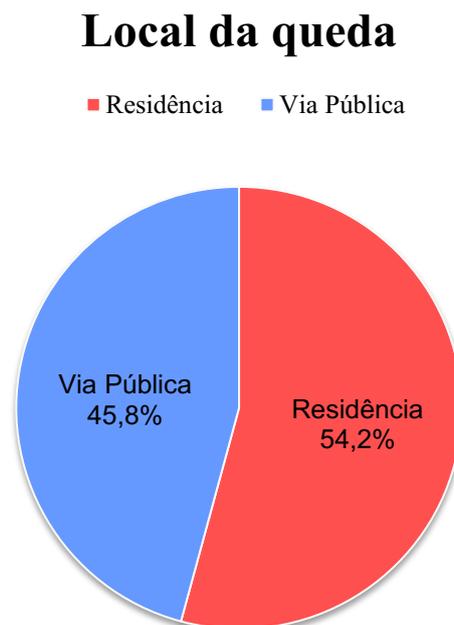
Dentre os 24 idosos que referiram ter caído, verifica-se no gráfico 2 que, em números absolutos, a maioria eram mulheres. Sendo, portanto 17 (70,8%) do sexo feminino e 7 (29,2%) do sexo masculino.

Em consonância, há outros estudos brasileiros semelhantes, em que a ocorrência de quedas em mulheres predominou, o que sugere maior fragilidade em relação aos homens, bem como, maior prevalência de doenças crônicas e maior exposição a atividades domésticas, aumentando assim a possibilidade de quedas (PINHO et al., 2012; BARBOSA; OLIVEIRA, 2012; RODRIGUES; CIOSAK, 2012; AVEIRO et al., 2012).

De acordo com a idade, 12 idosos (50,0%) estão dentro da faixa etária entre 60 a 69 anos, enquanto 7 (29,2%) apresentaram-se entre 70 a 79 anos, e 5 idosos (20,8%) entre 80 a 89 anos.

Os dados encontrados divergem de outras pesquisas que afirmam que a faixa etária que apresenta maior número de caídores é aquela acima de 70 anos. Segundo Cavalcante; Aguiar; Gurgel, (2012), percebeu-se a prevalência de quedas em idosos de faixa etária mais elevada, observado que entre 60-69, 70-79, 80-89 anos, a presença de quedas citadas foi de 19,0%, 24,0% e 57,0% respectivamente. Ou seja, a incidência de quedas nos indivíduos com mais de 80 anos foi superior àqueles idosos mais jovens. Almeida et al. (2012), corroboram com esse resultado ao concluir que, quanto maior a idade da pessoa idosa, maior será o risco de queda devido à redução da qualidade de vida e as mudanças ocorridas nos sistemas devido ao processo de envelhecimento.

**Gráfico 3** – Caracterização das quedas segundo o local da ocorrência. Cajazeiras - PB, 2015.



*Fonte: pesquisa direta, 2015.*

Ao serem questionados sobre o local da queda, 13 (54,2%) relataram ter caído em casa e 11 (45,8%) na rua. Em conjuntura com o estudo ora realizado, diversos autores constataram um contingente significativo de pessoas idosas que expressaram ter sofrido a queda em ambiente domiciliar. Essa proporção de quedas é próxima á encontrada no estudo de Ribeiro et al. (2008), onde 59,5% das quedas ocorreram no próprio domicílio. Semelhantemente Cruz et al. (2012), e Silva et al. (2014), reforçam essa informação sendo que 59,0% e 60,0% respectivamente vivenciaram o evento em suas próprias moradias.

Em discordância, Costa et al. (2011), em análise da ocorrência de acidentes por quedas em um grupo específico de idosos, relatou que as quedas ocorreram majoritariamente em via pública com um percentual de 65,4%. Contudo, torna-se interessante que se conheça melhor o ambiente de convivência dos idosos, tanto domiciliar quanto público, a fim de apontar os riscos que favoreçam a ocorrência das quedas, tornando possível o estabelecimento de mudanças e a determinação de ações preventivas e de segurança para esse público.

**Tabela 2** – Consequências físicas da ocorrência das quedas – Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

<b>Consequências</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
Sem consequências	10	41,7%
Escoriações na pele	4	16,7%
Fraturou a perna	2	8,4%
Fraturou o joelho	2	8,4%
Quebrou o braço	2	8,4%
Fraturou o pé	1	4,1%
Fraturou as costelas	1	4,1%
Fraturou a clavícula	1	4,1%
Bateu a nuca	1	4,1%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

*Fonte: pesquisa direta, 2015.*

Com relação às consequências físicas geradas pelas quedas, a tabela 2 evidencia que quase metade dos participantes (41,7%), informaram não ter apresentado nenhuma consequência, seguido de 16,7% que relataram ter ficado com escoriações na pele, e os demais 41,6% foram distribuídos em fraturas leves e de gravidade moderada.

Delineando uma condição equivalente, Abreu et al. (2012), comprovou em seu estudo quantitativo, descritivo, de caráter epidemiológico que 63,5% das quedas não apresentaram consequências, 31,7% com consequências ligeiras, 1,6% com consequência moderada, 1,6% com consequência grave e 1,6% apresentou morte. Em nível crescente de gravidade e de

intervenções foi citado aplicação de gelo local, raios-X, suturas, perda de função temporária, cirurgias, perda de membro e morte.

Luz et al. (2013), em sua pesquisa citou como consequências de menor frequência as imobilizações em decorrência de fraturas na clavícula, quadril, membros superiores e inferiores. Todavia, as quedas em idosos tem como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair novamente, a restrição de atividades, além do declínio na saúde e do aumento do risco de institucionalização (Silva et al., 2014), implicando nas consequências psicológicas advindas com as quedas.

É oportuno destacar também, que apesar de não ter sido citada na presente pesquisa, a fratura de fêmur é uma consequência frequente e grave, comum a institucionalização, associada a imobilização e dependência do idoso, o que remete a necessidade de prevenção das quedas considerando principalmente as consequências e sequelas graves que ela pode trazer não só para o idoso mais pra toda a família.

### 5.3 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR ATRAVÉS DA ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS ADAPTADA

O ambiente domiciliar é o local onde o idoso passa a maior parte do tempo, contudo ele pode mascarar alguns fatores de risco para quedas que expõe toda a família a perigos, porém caso o idoso seja vítima de acidentes no ambiente, entre todos, ele será o mais afetado pelas consequências. Em meio a problemática e incidência de quedas, torna-se extremamente relevante a avaliação do ambiente domiciliar e identificação dos fatores de risco para que seja possível indicar mudanças ambientais para prevenção das quedas.

**Tabela 3** – Classificação do risco de acordo com a Escala Ambiental de Risco de Quedas – Cajazeiras – PB, 2015 (n= 51).

<b>Escala Ambiental de Risco de Quedas</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
< 10 pontos (baixo risco)	24	47,0%
Entre 10 e 20 pontos (médio risco)	27	53,0%
>20 pontos (alto risco)	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

*Fonte: pesquisa direta, 2015.*

Na Escala Ambiental de Risco de Quedas Adaptada, os domicílios avaliados apresentaram em sua maioria 27 (53,0%) médio risco de quedas. Contudo, 24 (47,0%)

domicílios obtiveram pontuação inferior a dez pontos sendo classificados como baixo risco, ao passo que nenhum domicílio pontuou acima de 20 pontos, demonstrando que entre as residências avaliadas o alto risco para quedas não fora encontrado, como evidenciado na tabela 3.

Esses índices traduzem uma condição física muito semelhante entre as residências avaliadas no estudo, uma vez que os riscos encontrados são equivalentes. Na avaliação geral dos domicílios pôde-se perceber que apenas uma residência havia sido adaptada para proporcionar maior autonomia no deslocamento de uma idosa com sequelas de AVE, as demais não possuíam nenhum tipo de adaptação referente as barras de apoio com um agravante em parte, que seria a presença de tapetes soltos, móveis ou animais domésticos que, podem expor os idosos ao risco de quedas por esbarrar, tropeçar ou desequilibrar-se na presença de algum desses fatores isolados ou em conjunto, e, ao mesmo tempo não ter como apoiar-se em algo seguro a fim de evitar a ocorrência da queda.

**Tabela 4** – Fatores de risco encontrados nas residências dos idosos – Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

<b>Locais</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>
<b>Áreas de locomoção</b>	Ausência de barras de apoio	50	98,0%
	Tapetes soltos	26	50,9%
	Revestimentos não uniformes	5	9,8%
	Ambiente com excesso de móveis	3	5,8%
	Áreas de locomoção impedidas	1	1,9%
<b>Iluminação</b>	Ausência de luz indireta na cama	49	96,0%
	Ausência de sentinela iluminando o quarto, corredor e/ou banheiro	19	37,2%
	Insuficiente para iluminar toda a entrada exterior	17	33,3%
	Insuficiente na iluminação dos degraus	13	25,4%
	Insuficiente para iluminar toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo	3	5,8%
	Interruptores de difícil acesso	3	5,8%

**Tabela 4** – Fatores de risco encontrados nas residências dos idosos – Cajazeiras - PB, 2015 (n= 51).

(Continuação)			
<b>Quarto de dormir</b>	Ausência de cadeira permitindo o idoso assentar para se vestir	44	86,2%
	Cama com altura inadequada (<45 cm)	11	21,5%
	Guarda roupas: cabides de difícil acesso	8	15,6%
<b>Banheiro</b>	Ausência de tapetes antiderrapantes	46	90,1%
	Área do chuveiro com ausência de piso antiderrapante	32	62,7%
	Lavabo: difícil acesso ou pouco fixo	10	19,6%
	Produtos de higiene pessoal guardados em local de difícil acesso	2	3,9%
<b>Cozinha</b>	Pia com vazamento	10	19,6%
	Armários: altos com necessidade de uso de escada	4	7,8%
<b>Escadas</b>	Ausência de marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela	6	11,7%
	Ausência de corrimão bilateral	6	11,7%
	Corrimão que não se prolonga além do primeiro e do último degrau	6	11,7%
	Espelho do degrau com lixas antiderrapantes	6	11,7%
	Sem revestimento antiderrapante	1	1,9%
	Ausência de uniformidade entre os degraus	1	1,9%

Fonte: pesquisa direta, 2015.

Na tabela 4 apresentam-se informações referentes aos fatores de risco ambientais identificados nas residências dos idosos, concernente as áreas de locomoção constatou-se que 98,0% das residências não possuem barras de apoio e 50,9% possuem tapetes soltos, referente a iluminação 96,0% não têm luz indireta ao lado da cama e 37,2% não fazem uso de luz de sentinela, quanto ao quarto de dormir, 86,2% não apresentam cadeira para assentar-se no quarto e 21,5% possuem cama com altura inadequada, acerca do banheiro 90,1% não possuem tapetes antiderrapantes e 62,7% não possuem piso antiderrapante, no tocante a cozinha, 19,6% apresentavam pias com vazamento, enquanto nas escadas visualizou-se a ausência de corrimão bilateral e a falta de marcação com faixa amarela dos degraus como fatores que expunham a maiores riscos, ambos presentes em 11,7% dos domicílios.

De acordo com outros estudos (BORGES; FILHO; MASCARENHAS, 2010; NÓBREGA, 2014), que avaliaram os fatores extrínsecos que influenciaram as quedas em idosos, os locais que ocorreram, bem como a identificação dos fatores através da escala de risco de quedas, também foi constatado que elas estão relacionadas a aspectos físicos ambientais em sua maior parte no próprio domicílio.

Ao analisar as áreas de locomoção das residências percebeu-se a inexistência de barras de apoio e presença de tapetes avulsos, fatores que são capazes de interferir na deambulação do idoso tendo em vista que este pode apresentar alterações motoras que dificultem a força muscular gerada e lentifique seus passos, repercutindo na importância das barras de apoio se possível por todo o ambiente, promovendo suporte e maior segurança no caminhar do idoso dentro de casa.

Desta forma, salienta-se a necessidade de retirar tapetes, obstáculos ou animais a fim de precaver esbarrões, tropeços e consequente desequilíbrio levando o idoso a cair. Confirmando uma realidade semelhante Freitas; Cândido; Fagundes, (2014), constataram em seu estudo que os tapetes soltos estão entre os fatores ambientais mais citados relacionados as quedas.

Ao observar a iluminação e interruptores visualizou-se que poucas casas merecem atenção especial a fiação, por estarem expostas e apresentarem interruptores em modelo antigo fora da parede e altos, sendo orientados a cerca das mudanças necessárias. O mais evidente foi a ausência de luz indireta na cama que proporcionaria maior segurança ao idoso no momento de levantar a noite para ir ao banheiro por exemplo. A ausência de sentinela também foi muito citada entre os idosos, por não conhecerem os riscos que correm ao caminhar no escuro, estes diziam não conseguir dormir na presença de luz mesmo que esta estivesse um pouco distante.

No entanto, sabe-se que o processo de envelhecimento gera diversas alterações degenerativas fisiológicas em todos os sistemas orgânicos, e a visão sofre modificações como a diminuição da acuidade visual que por vezes pode interferir na capacidade de resposta a estímulos e obstáculos do ambiente. Ademais, reforça-se a necessidade e importância da manutenção de um foco de luz noturno que garanta ao idoso a visualização do ambiente e do caminho a percorrer caso necessário, garantindo que ele não esbarre em objetos e venha a cair podendo se machucar de forma grave.

O alto risco de quedas noturnas foi evidenciando no estudo de Borges; Filho; Mascarenhas, (2010), ao verificar que 88,0% dos pesquisados não possuíam luz indireta na

cama, e que, 100,0% deles não tinham sentinela iluminando o quarto, corredor ou banheiro, favorecendo as quedas.

Ao analisar os quartos e conversar com os idosos, percebeu-se que os guarda roupas eram geralmente altos, mas eram reservados locais com altura adequada para que fossem guardados seus pertences porém, muitos afirmavam desobedecer as orientações recebidas e subir em cadeiras ou banquinhos para limpar a parte superior do móvel. As camas em sua maior parte eram de altura adequada, mas os idosos relatavam preferir muitas vezes dormir de rede, sendo que estes foram orientados aos cuidados necessários para evitar quedas como: sempre observar a situação dos armadores, paredes, punhos e tecido, não utilizar aquelas que possuíssem cordões já rompidos, dar preferência sempre a redes novas ou com pouco tempo de uso a fim de evitar rupturas no tecido, e armá-las em altura adequada para cada idoso prevenindo quedas.

Ainda referente ao quarto de dormir, a ausência de cadeira que permita o idoso assentar-se para vestir-se foi verificado em grande escala. Segundo Sousa; Maia, (2014), é indicado a presença de uma cadeira com braços laterais bem dimensionados, de material resistente e impermeável, e assento mais alto que o usual, entre 45 e 50 cm para facilitar o ato de sentar-se e levantar-se, permitindo e facilitando o calçar de meias e sapatos. Já a cama, deve ter altura adequada, ficando na mesma faixa dos parâmetros da cadeira variando de acordo com o idoso, possibilitando-o tocar o chão com os pés, facilitando o equilíbrio e evitando tonturas.

Assemelhando-se a esses dados, foi visto que 76,0% e 56,0% dos domicílios não possuíam cadeiras nos quartos dos idosos, bem como 36,0% e 5,0% tinham cama com altura inadequada, nos estudos de Borges; Filho; Mascarenhas, (2010) e Nóbrega, (2014), respectivamente. Para Chianca et al. (2013), entre os locais de quedas mais citados no seu estudo, o quarto aparece em 6,3% dos participantes, reforçando a importância da adequação da cadeira e cama conforme a condição física de cada idoso.

No tocante a avaliação do banheiro constatou-se uma área física pequena, ausência de piso antiderrapante, tapetes de borracha ou barras de apoio, e ao indagar os idosos a respeito do conhecimento dos riscos presentes nesse local, a maior parte referia os conhecer, porém não possuíam condições financeiras para uma reestruturação e adaptação do local mencionado.

A ausência desses dispositivos expõe os idosos a altos riscos para quedas visto que, o banheiro apresenta diversos fatores que podem contribuir para a ocorrência das mesmas, como o piso inadequado, presença de água e outros produtos que podem deixar o chão ainda

mais escorregadio, a falta dos tapetes emborrachados que com a pressão aderem ao chão e diminuem o risco para escorregar em meio ao piso liso. Logo, é de extrema importância orientar os familiares para as mudanças necessárias ao piso e o uso dos tapetes adequados neste local, além de rever a possibilidade de instalar barras a fim de proporcionar maior segurança e apoio na hora do banho.

Estudos apontam o banheiro como um local de alta susceptibilidade a ocorrência de quedas devido aos fatores supracitados. Lourenço et al. (2013), em estudo realizado na cidade de Ceilândia – DF, constataram que 65,4% dos idosos entrevistados não possuíam tapete de borracha ou piso antiderrapante no banheiro, enquanto Luz et al. (2013), asseveraram que 57,1% dos entrevistados caíram no momento em que banhavam-se e a queda culminou em fraturas, sendo este local o mais incidente. Com isso, percebe-se que o banheiro é um local que merece atenção redobrada quanto a presença de agentes causais para quedas.

A cozinha é o ambiente mais frequentado pelas idosas pelo fato do exercício das atividades mais comuns entre as donas de casa que seriam cozinhar e lavar louças. Nesse local foram identificados perigos como vazamento de água na tubulação da pia, expondo a riscos de escorregões em meio a presença de água no piso sendo que este não era antiderrapante. Quanto aos armários, os objetos mais utilizados diariamente eram deixados sempre em altura adequada pela comodidade de acesso fácil.

Neste ambiente, foi encontrada a presença de vazamentos, sugerindo o reparo imediato do problema com a finalidade de prevenir escorregões e quedas em decorrência da presença da água e do piso liso. Pinho et al. (2012), citou em maior frequência como fatores condicionantes para quedas, o piso escorregadio ou molhado em 42,6% dos casos. Cavalcante; Aguiar; Gurgel, (2012), também citou as superfícies escorregadias em 33,0% dos entrevistados.

Ao decorrer das avaliações realizadas verificou-se que uma parcela pequena das residências possuíam escadas, e estas, não apresentavam adequação física necessária para o oferecimento de um ambiente seguro ao subir ou descer os degraus. Identificou-se a ausência principalmente de corrimões e de marcação dos degraus que facilitassem a visualização e uso desse ambiente.

As escadas são um local onde, a depender de sua estrutura e iluminação, apresentam riscos para quedas não apenas para idosos, mas sim para todos que fazem uso dela. Luz et al. (2013), destacou em seu estudo a escada como fator marcante para quedas, onde a ausência de corrimão foi relatado por 28,4% dos entrevistados, e degraus altos ou estreitos foi citado em 16,7% dos casos. Para Pinho et al. (2012), degrau alto e/ou desnível no piso foi mencionado

por 16,7% dos participantes, e escadaria sem corrimão 5,6%, todos apontam a falta desses fatores como predisponentes as suas quedas.

É de suma importância a prevenção de acidentes neste local devido a gravidade das consequências que podem ocorrer. O ideal é indicado é a instalação de corrimão nas escadas e utilizá-los sempre, impreterivelmente usar as escadas com a luz acesa e que esta tenha boa capacidade de iluminação do início ao fim dos degraus, o material antiderrapante é o mais indicado, colocar fita adesiva colorida e antiderrapante em todos os degraus, e construir todos os degraus com uniformidade para proporcionar maior segurança na hora de utilizá-los, sendo os degraus mais largos com espelhos não muito altos o mais indicado.

Portanto, percebe-se a necessidade da identificação dos fatores de risco presentes no ambiente domiciliar, para que seja possível determinar as modificações necessárias com foco voltado direto na prevenção de quedas em idosos, evitando limitações, hospitalizações e até óbitos decorrentes desse evento.



O processo de envelhecimento gera no indivíduo mudanças físicas estruturais, funcionais, metabólicas e degenerativas que podem acentuar-se a partir da sexta década de vida quando ficam mais evidentes e marcantes, por vezes associadas às doenças crônicas. A combinação desses fatores e sua interação com um ambiente que ofereça riscos pode resultar na ocorrência das quedas. Sendo considerada como uma injúria grave, podem comprometer a autonomia e independência do idoso afetando diretamente na sua qualidade de vida e realização das atividades básicas diárias. Podem representar uma séria ameaça ao ocasionar fraturas, imobilidade e declínio da saúde, além de poder levar desde a hospitalização até a morte.

Foi identificado como fatores de risco no ambiente domiciliar para este tipo de evento a ausência de barras de apoio, presença de tapetes soltos, inexistência de luz indireta na cama, bem como de sentinela noturna, ausência de cadeira no quarto e camas com altura inadequada, além de ausência de piso e tapetes antiderrapantes no banheiro, vazamentos de água na pia da cozinha e inexistência de corrimão bilateral e falta de marcação com faixa amarela dos degraus.

Contudo, esses fatores podem promover um ambiente arriscado para essa faixa etária elevando o grau de susceptibilidade às quedas, o que evidencia a necessidade de eliminação de determinados fatores através da reorganização, adaptação ou até mesmo reforma do ambiente, a fim de proporcionar um local seguro para o idoso. Todavia, algumas mudanças podem ser realizadas com maior facilidade, como a retirada de tapetes, a utilização de uma lâmpada acesa durante a noite e o uso de tapetes de borracha no banheiro, alterações simples, efetivas e de baixo custo.

Depreende-se que seria indicado a criação de programas e projetos arquitetônicos e financeiros sociais, que beneficiassem os idosos de baixa renda na efetivação das modificações necessárias. Há relatos da carência de recursos financeiros que possibilitem a reforma o que impede que as mudanças preconizadas se concretizem. Um bom planejamento do espaço feito por meio de profissionais como o arquiteto, promoveria o melhor reaproveitamento do espaço na hora de construir e reformar as casas, além de garantir um local seguro e adequado voltado para a pessoa idosa, no entanto para as pessoas de baixa renda isso se torna uma utopia.

Desta forma, é nítida a significância dos resultados obtidos nesse estudo por mostrar a deficiência exposta pelos participantes a cerca dos riscos encontrados em seus lares, por motivá-los a iniciar pequenas mudanças, conscientizá-los e orientá-los quanto a necessidade de obter um local seguro para viver. Ressalta-se ainda a importância que esse trabalho

apresenta por oferecer subsídios para o aprimoramento da temática abordada, tanto pelos profissionais como por acadêmicos da área da saúde, dos quais também poderão contribuir para a criação e execução de políticas e programas de prevenção às quedas no ambiente domiciliar, alertando para a gravidade do problema, conscientizando quanto ao aumento dos custos no âmbito dos setores da saúde e a importância da prevenção desse evento. Contudo, esses profissionais são o veículo da informação e através destes pode-se buscar os fatores de risco, identifica-los e reforçar a necessidade de precaver esse agravo tão danoso que pode ocorrer em meio ao local considerado o mais seguro para o idoso e seus familiares.

Como limitações do estudo aponta-se a recusa na participação de alguns idosos evidenciados pelo medo, em conversar com uma pessoa desconhecida, deixá-la entrar em suas residências e assinar o termo de consentimento, que pode relacionar-se ao temor em perder objetos de valor, imóvel ou o benefício da aposentadoria, por não compreender do que se trata e por ter o nome como uma representação social de um bem valoroso, mas que pode levá-lo a perdas, caso coloquem-se em comportamentos arriscados como assinar um papel para alguém que até então nunca tinha visto.



ABREU, Cidalina et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. v.20, n.3, 7 telas, mai./jun., 2012.

ALMEIDA, Sionara Tamanini et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.58, n.4, p.427-433, 2012.

ALVES, Natália Beghine; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.763-768, 2011.

ANTES, Daniellle Ledur et al. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.758-768, abril, 2013.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ARRUDA, Lucimar Menegon; AVANISI, Tatiane Almeida. ANALFABETISMO NA TERCEIRA IDADE: pesquisa do analfabetismo em Sinop-MT. **Revista Eventos Pedagógicos**. v.5, n.2, número regular, p. 435-442, jun./jul. 2014.

AVEIRO, Mariana Chaves et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.9, p. 2481-2488, 2012.

BARBOSA, Aurélio de; OLIVEIRA, Christiny Leal de, et al. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**. Passo Fundo, v.9, n.1, p.57-70, jan./abr., 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Estatuto do Idoso** (Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003). Brasília: Casa Civil/ Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acesso em 13/08/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, agosto, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

BRASIL, Portal Saúde 2014. **Aumento da expectativa de vida**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/13999-onu-registra-aumento-da-expectativa-de-vida-no-brasil>> Acesso em 13/08/2014.

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.10, p. 2301-2313, 2008.

BORGES, Santos Priscila; FILHO, Luis Evandro Nunes Marinho; MASCARENHAS, Cláudio Henrique Meira. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 41-50, 2010.

CAVALCANTE, André Luiz Pimentel; AGUIAR, Jaina Bezerra de; GURGEL, Luilma Albuquerque. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 137-146, 2012.

CHIANCA, Tânia Couto Machado et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte – MG. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v.66, n.2, p.234-240, mar./abr., 2013.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.3, p.395-404, jul./set., 2011.

COSTA, Maria Fernanda Lima; CAMARANO, Ana Amélia. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Princípios básicos de Geriatria e Ginecologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap. 1, p. 03-19.

CRUZ, Danielle Teles et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**. v.46, n.1, p. 138-146, 2012.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Proporção de internações hospitalares por causas externas no SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livro/idb/2edrev/d14.pdf>> Acesso em 27/09/2014.

DUCA, Giovâni Firpo Del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade Funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.5, p.796-805, 2009.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n.4, p.1065-1069, 2010.

FREITAS, Thamiris Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor; FAGUNDES, Iolando Brito. QUEDAS EM IDOSOS causas extrínsecas e intrínsecas e suas consequências. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.7, n.1, p.70-79, julho, 2014.

GIL, André W.O. et al. Relação entre plataforma de força e dois testes funcionais para medir o equilíbrio em idosos. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v.15, n.6, nov-dez, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas e projeção populacional**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecaodapopulacao/2013/default.shtm>> Acesso em 11/08/2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População Brasil e Unidades da Federação. **Série Relatórios Metodológicos**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Volume 40. Rio de Janeiro. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil 2010**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php)> Acesso em 05/02/2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250370&search=|cajazeiras>> Acesso em 05/02/2015.

IEPREV, Instituto de Estudos Previdenciários. **A aposentadoria Rural**. 2009. Disponível em: <<http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/13897/t/a-aposentadoria-rural>> Acesso em: 01/02/2015.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.10, p. 2617-2626, 2012.

LUZ, Wenersâmio Araújo de Moura et al. Análise dos fatores de risco associados a quedas de idosos no domicílio. **Revista Portal de divulgação**. São Paulo, n.31. Ano III. P. 6-17, Abril, 2013.

LOURENÇO, Talita de Sousa et al. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos moradores de Ceilândia – DF. **Revista Movimenta**. v.6, n.2, p. 471-480, 2013.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MACIEL, Arlindo. Queda em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev. Med. Minas Gerais**. v.20, n.4, p. 554-557, 2010.

MESSIAS, Manuela Gomes; NEVES, Robson da Fonseca. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.12, n.2, p. 275-282, 2009.

MORAES, Edgar Nunes de. LANNA, Flávia Guerra Joviano S. Avaliação da cognição e do humor. In: \_\_\_\_\_. **Princípios básicos de Geriatria e Ginecologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap. 5, p. 85-104.

MORAES, Edgar Nunes de, et al. Avaliação Clínico-Funcional do idoso. In: \_\_\_\_\_. **Princípios básicos de Geriatria e Ginecologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap. 4, p.63-83.

MOTTA, Luciana Branco da, et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p.83-91, 2010.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da. O ambiente domiciliar e seus riscos para quedas em idosos. **Revista Portal de Divulgação**. n.40, ano IV, p. 35-42, mar./abr./mai., 2014.

OLIVEIRA, Márcia Botelho de; SILVA, Neuza Maria da. Participação de aposentados nas transferências de recursos nas famílias. **Revista de C. Humanas**. Viçosa, v.12, n.1, p. 135-144, jan./jun. 2012.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: um marco político. **Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.** v.37, n.2, p.74-105, 2002

OMS, **Organização Mundial de Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>> Acesso em 11/08/2014.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. v.18, n.1, 08 telas, jan./fev., 2010.

PERRACINI, Monica Rodrigues. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. **Envelhecimento & Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde. n. 49, abril, 2009.

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.2, p. 320-327, 2012.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

RODRIGUES, Leiner Resende et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, esp.2, p. 777-783, dezembro, 2012.

RODRIGUES, Juliana; CIOSAK, Suely Itsuko. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.6, p. 1400-1405, 2012.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Avaliação Multidimensional do Idoso por Enfermeiros Brasileiros: Uma Revisão Integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde**. v.9, n.1, p.129-136, jan./mar., 2010.

SILVA, Natalia Schuh Mariano et al. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR). **Revista Kairós Gerontologia**. v.17, n.2, p.141-151, 2014.

SOUSA, Isabella Gaspar; MAIA, Ivana Márcia Oliveira. Arquitetura de interiores em ambientes para idosos portadores da doença de Alzheimer. **USJT Arq. Urb.** n.11, p. 192-207, primeiro semestre, 2014.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15, n.6, p. 2845-2857, 2010.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais.** XXVIENEGEP-Fortaleza, CE, Brasil, Outubro, 2006.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.** v.58, n.1, p. 39-44, 2009.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VICTOR, Janaina Fonseca et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.1, p. 49-54, 2009.

WHO, World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília. 2005.

WHO, World Health Organization. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice.** Tradução Letícia Maria de Campos. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 2010.



APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO IDOSO	
Idade: _____	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Estado Civil: _____	Escolaridade: _____
Profissão: _____	Nº de pessoas no domicílio: _____
Mora com: ( ) Sozinho ( ) Cônjuge ( ) Filhos ( ) Outros	Tem animais domésticos: ( ) Sim ( ) Não
Renda Familiar: ( ) Menos de 1 salário mínimo ( ) 1 salário mínimo ( ) 2 salários mínimos ( ) 3 salários mínimos	
Situação do imóvel ( ) Alugado ( ) Próprio	
OCORRÊNCIA DE QUEDAS 1- O (a) senhor (a) caiu alguma vez? ( ) Sim Onde? _____ ( ) Não	

## AVALIAÇÃO AMBIENTAL

### ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS ADAPTADA

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>ÁREAS DE LOCOMOÇÃO</b>	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
	Revestimentos uniformes		
	Tapetes soltos		
	Ambiente com excesso de móveis		
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Suficiente para iluminar toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo		
	Suficiente na iluminação dos degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinelas: iluminando o quarto, corredor e/ou banheiro.		
	Suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indireta		
<b>QUARTO DE DORMIR</b>	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Presença de cadeira que permita o idoso sentar-se para se vestir		
	Cama com altura adequada (45 cm)		
<b>BANHEIRO</b>	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Presença de tapetes antiderrapantes		

	Box: abertura fácil, cortina bem firme.		
	Produtos de higiene pessoal guardados em locais de fácil acesso		
<b>COZINHA</b>	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada.		
	Pia sem vazamentos		
	Pia que permite entrada de cadeira de roda se necessário.		
<b>ESCADA</b>	Revestimento antiderrapante.		
	Marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela.		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau.		
	Espelho do degrau fechado		
	Espelho do degrau com lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Bom dia (boa tarde ou boa noite), meu nome é Adriana Ramalho Nascimento, eu sou acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, campus Cajazeiras – PB, e o (a) Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “*Fatores de risco para queda em idosos: um estudo do ambiente domiciliar*”.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** A pesquisa se justifica por visar a identificação dos fatores ambientais que aumentam a probabilidade das quedas de idosos dentro de seus domicílios, para que logo após, seja possível traçar um plano de prevenção de quedas nesse ambiente, em meio a adaptação do mesmo e a conscientização dos familiares. O objetivo dessa pesquisa é Identificar a presença de fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar de idosos; Determinar o grau de susceptibilidade a quedas nos cômodos das residências de idosos e Desenvolver estratégias para a prevenção de quedas em idosos. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: será aplicada a Escala Ambiental de Riscos de Quedas, composta por perguntas que avaliam o ambiente domiciliar, como, as áreas de locomoção, iluminação, quarto, banheiro, cozinha e escadas, a partir da observação do ambiente domiciliar pela pesquisadora.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Essa pesquisa apresentará um desconforto e risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, que por meio dos dados contidos neste estudo subsidiarão novos olhares para a assistência ao idoso.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor apenas responderá questões pertinentes a sua condição sociodemográfica na qual não o irá expor a constrangimentos e nenhum tipo de procedimento necessário de intervenção médica ou de outros profissionais de saúde. Em seguida será realizada a observação do seu ambiente domiciliar.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. (a) será esclarecido (a) a respeito da pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços em qualquer estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu \_\_\_\_\_

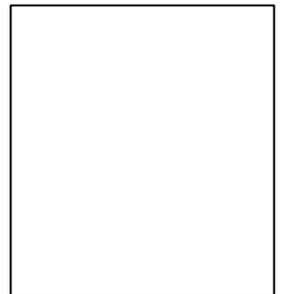
\_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Adriana Ramalho Nascimento certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Adriana Ramalho Nascimento através do email: dryka-ramalho@hotmail.com ou a professora orientadora Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas através do email: fabianafqf@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

Cajazeiras – PB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante



APÊNDICE – C TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

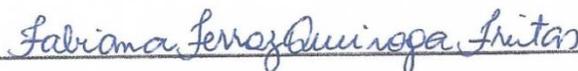
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL

EU, FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 21 de outubro de 2014.



Prof.ª Ms. FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

SIAPE 2131424

APÊNDICE – D TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
PARTICIPANTE**

EU, ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO. Aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 21 de outubro de 2014.

*Adriana Ramalho Nascimento*

ADRIANA RAMALHO NASCIMENTO

MATRICULA - 210220001

## APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, **Adriana Ramalho Nascimento**, Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), apresento o projeto de pesquisa que objetiva investigar os FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR, que ocorrerá no período de dezembro de 2014. Além de identificar a presença de fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar, objetiva determinar o grau de susceptibilidade a quedas nos cômodos das residências de idosos e, desenvolver estratégias para a prevenção de quedas.

Para tanto SOLICITAMOS:

- Autorização para, pesquisar junto aos idosos da área abrangida pela Unidade Básica de Saúde José Leite Rolim no período de dezembro de 2014.

Assumimos o compromisso de:

1º Preservar a privacidade dos sujeitos entrevistados;

2º Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;

3º Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos.

Se alguma dúvida surgir, antes do início, no curso ou ao término da pesquisa, pode entrar em contato, com a pesquisadora, pelo telefone (83) 9162-8521 e (83) 9817-8422.

Cajazeiras, 23 de outubro de 2014.

Adriana Ramalho Nascimento



## ANEXO A – OFÍCIO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 53/2014-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 21 de outubro de 2014.

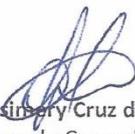
**Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)**  
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

**À: Coordenadora da Rede Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB**  
Sra. Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

**C. co.: Enfermeira da UBS José Leite Rolim**

Ao tempo em que cumprimento V. senhoria, solicito permissão para a aluna Adriana Ramalho Nascimento, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR, sob a orientação da professora Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.

Atenciosamente,

  
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
Coordenadora do Curso de Enfermagem  
Mat. SIAPE: 1663760

Recebido em  
24/10/2014  
  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
CAJAZEIRAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA REDE ESCOLA MUNICIPAL /DEPARTAMENTO DE DEUCAÇÃO EM SAÚDE

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR**”, a ser desenvolvida pela pesquisadora, Adriana Ramalho Nascimento, sob orientação da Profa. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

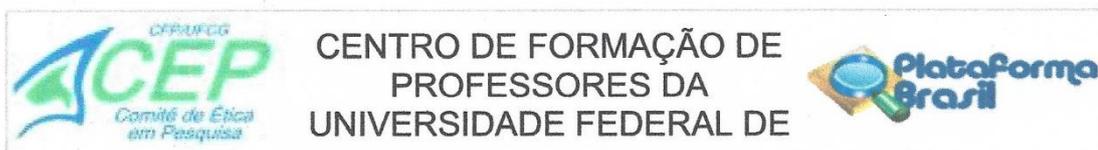
Atenciosamente,

  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escolar Programa Saúde na Escola

---

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo  
Departamento de Educação em Saúde

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR

**Pesquisador:** FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38576314.8.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 883.156

**Data da Relatoria:** 02/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como título: FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR, o visa avaliar a realidade dos espaços domiciliares ocupados por pessoas idosas, criar estratégias que visem contribuir para a prevenção das quedas e consequentemente contribuir para uma melhor qualidade de vida de todos os membros da família.

#### Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

- Identificar a presença de fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar de idosos.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar o grau de susceptibilidade a quedas nos cômodos das residências de idosos;
- Desenvolver estratégias para a prevenção de quedas em idosos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto informa ao entrevistado que a pesquisa apresentará um desconforto e risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, que por meio dos dados contidos neste estudo subsidiarão novos olhares

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

**E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 883.156

para a assistência ao idoso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Consideramos, que a pesquisa em análise tem grande relevância.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram elaborados de acordo com os critérios sugeridos pelo Comitê de Ética.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta todas as informações necessárias para a sua aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAJAZEIRAS, 24 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

**CEP:** 58.900-000

**E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

## ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISA



### PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

#### TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISA

A Rede Escola – PB, dentre seus objetivos busca estimular e acompanhar a produção de conhecimento através da pesquisa nos serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde. Diante disso, entendendo como vital, firmamos este pacto para que, após a realização da pesquisa, o resultado seja apresentado aos locais pesquisados e encaminhados ao Departamento de Educação em saúde em CD/DVD. Para tanto:

Eu, Adriana Ramalho Nascimento, aluno (a) do Curso de Enfermagem, da Instituição de Ensino Universidade Federal de Campina Grande. Comprometo-me através desta apresentar e disponibilizar, em CD/DVD, os resultados finais da pesquisa por mim realizada, durante o período de 15 de Dezembro 2014 (**início**) a 06 de Janeiro de 2015 (**final**), aos cuidados da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras para registro e disponibilização em ambiente virtual institucional próprio.

Tipo da pesquisa: (X) Monografia ( ) Tese ( ) Dissertação ( ) PIBIC ( ) Outros

Tema da pesquisa: **FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DO AMBIENTE DOMICILIAR**

Orientador (a): Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Comitê de Ética: 883.156

CONTATOS		
Orientador (a)	Telefone	E-mail
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas	(83)9634-1221	fabianafqf@hotmail.com
Aluna (o) / Alunas (os)	Telefone	E-mail
Adriana Ramalho Nascimento	(83)9162-8521	dryka-ramalho@hotmail.com

Cajazeiras, 25 de Fevereiro de 2015

Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escolar/Programa Saúde na Escola

Donata Emanuela de O. Régio  
Enfermeira  
Assinatura N-PB 350.144