



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

MARIA ISABEL LEANDRO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR QUEDAS EM IDOSOS EM UM
HOSPITAL NO SERTÃO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS – PB

2015

MARIA ISABEL LEANDRO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR QUEDAS EM IDOSOS EM UM
HOSPITAL NO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito para
obtenção do grau Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Alba Rejane G. de
Moura Rodrigues.

CAJAZEIRAS – PB

2015

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

S586s Silva, Maria Isabel Leandro da
Prevalência de internações por quedas em idosos em um hospital
no sertão paraibano. / Maria Isabel Leandro da Silva. Cajazeiras, 2015.
44f. : il.
Bibliografia.

Orientador (a): Ms. Alba Rejane G. de Moura Rodrigues.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Idosos - vítimas de acidentes por queda. 2. Acidentes por queda -
idosos – sertão paraibano. 3. Idosos – internações – sertão paraibano. I.
Rodrigues, Alba Rejane G. de Moura. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-083-053.9(813.3)

MARIA ISABEL LEANDRO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR QUEDAS EM IDOSOS EM UM
HOSPITAL NO SERTÃO PARAIBANO**

APROVADO EM 11/03/2015

COMISSÃO EXAMINADORA



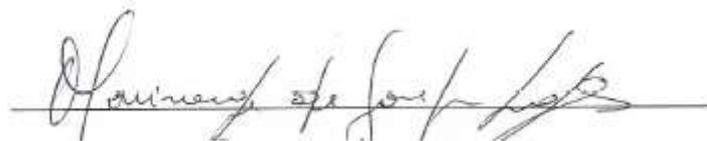
Profª. Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

Orientadora – UFCG/UAENF/CFP



Profª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire

Membro – UFCG/UAENF/CFP



Profª. Esp. Marineide Souza Lopes

Membro – UFCG/ETSC/CFP

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dedico este trabalho Àquele que tem possibilitado a realização do meu sonho e no percurso deste, tem me capacitado e sustentado dando-me compaixão pelo próximo e prazer pela profissão que escolhi. A Ti Senhor Jesus, amado da minha alma, sou muito grata pelo teu amor e cuidado para comigo e por todos os incontáveis benefícios recebidos nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao Senhor que é o condutor dos meus dias e sem Ele nada poderia fazer. A Ele toda minha gratidão, devoção e amor.

Sou grata aos meus pais Francisca e José Inácio por ser meu alicerce durante essa trajetória, me dando amor, apoio, confiança e pela disponibilidade de me ajudar nas dificuldades, garantindo-me chegar até aqui. Que Deus que detém todas as bênçãos, recompense-os com longevidade e saúde nessa terra.

Aos meus irmãos que acreditaram no meu sonho e que direta ou indiretamente me ajudaram. Minha sincera e eterna gratidão, principalmente, a minha irmã Laury que me ajudou de todas as formas possíveis durante estes quatro anos e meio. Amo muito vocês.

A meu primo e fiel amigo João Luís por sua indiscutível disponibilidade em me ajudar, pelas impressões gratuitas, pelos favores incontáveis, e por sempre ouvir minhas choradeiras e preocupações. Amo você e oro para que tenhas um relacionamento com Deus, que te leve muito mais além do que você possa desejar ou imaginar.

As minhas melhores amigas e irmãs em Cristo Antonia, Ivone, Ludjania e Hanielly, pela força, por suas orações, por entenderem minhas ausências, e pelo amor que sei que vocês têm por mim. Vocês alegram meu coração e as quero por perto em todo tempo. São presentes do Pai na minha vida, amo vocês.

Aos meus queridos e amados pastores Rita de Cássia e Emmanuel Gomes, por me amarem, compreender minhas ausências, pelo cuidado e por levantarem fortalezas divinas ao meu redor através de suas orações. São aqueles com quem sempre compartilharei meus planos e sonhos, porque são visionários e que sabem sonhar.

A todos os mestres que ao longo desses quatro anos e meio contribuíram para o meu crescimento pessoal e para minha formação profissional, repassando o seu conhecimento

teórico-prático, seus valores e dividindo suas próprias experiências. Peço ao Senhor que lhes abençoem e os recompensem pela entrega de vocês à docência e por quererem sempre dar o melhor de si.

A minha querida e paciente orientadora professora Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, por me apoiar nessa etapa e pela sua confiança na realização desse trabalho. Em muitos momentos a senhora foi um canal de Deus para trazer a calma que meu coração precisava.

Indispensavelmente aos profissionais dos setores de Registros e Faturamento do Hospital Regional de Cajazeiras que se disponibilizaram a ajudar na coleta dos dados, dando-me o suporte necessário durante esse processo.

E finalmente, agradeço a todos os meus colegas de turma, juntos passamos por muitos desafios, estresses e alegrias. Aprendi muito com todos vocês. Quero agradecer especialmente às minhas amigas, que conheci durante essa caminhada e que dividimos as dificuldades, as risadas, as pressões e as conquistas Daniele, Claryssa, Rayssa, Débora, Vanessa e Virgínia. Que nossa amizade perdure por muitos e muitos anos.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

“Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e não te esqueças de nenhum de seus benefícios.”

Salmos 103:2

SILVA, Maria Isabel Leandro da. **Prevalência de internações por quedas em idosos em um hospital no sertão paraibano.** p. 1-43. Monografia. (Graduação de Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2015.

RESUMO

A queda pode trazer sérias conseqüências físicas, emocional e social para o idoso, esta é considerada uma síndrome geriátrica. Por sua elevada frequência e agravos provocados à qualidade de vida da pessoa idosa, indica um problema de saúde pública. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa a partir de dados de base documental que tem como objetivo determinar a prevalência de internações por quedas em idosos no Hospital Regional de Cajazeiras – PB. A população do estudo foi constituída por 197 prontuários de idosos que foram internados no Hospital Regional de Cajazeiras – PB por motivo de quedas e a amostra constituída por (197) 100% dos prontuários de idosos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de número 38958214.1.0000.5181490. Foram analisados 490 prontuários de idosos internados por trauma no HRC, referentes ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, destes um total de 197 internações de idosos foram decorrentes de agravos por quedas, correspondendo a uma prevalência de 40,2% nesse período. A faixa etária variou de 60 a 100 anos ou mais de idade, com idade média de 74,1 (dp=9,9) anos, sendo que o intervalo com maior distribuição foi de 60 a 70 anos com 43,7%. Quanto ao gênero 63% dos idosos foram do sexo feminino e 37% masculino. O tipo de queda mais freqüente foi a queda da própria altura com 84,3%, e 15,7%, correspondeu a outros tipos de quedas. Ao se tratar do principal motivo de internação 69,6% foi por necessitar de procedimento cirúrgico, 27,9% apresentou riscos de complicações da lesão e 2,5% por apresentar dor, edema e limitação do movimento. Das fraturas mais freqüentes 21,3% correspondeu à fratura de ossos do antebraço, 17,3% fratura de punho e 14,7% fratura transtrocantérica do fêmur. Constatou-se que 97% dos idosos submeteram-se a algum procedimento cirúrgico, com uma média de 1,03. E apenas 3% não necessitaram de intervenção cirúrgica. O tempo de internação hospitalar variou de um a trinta e três dias, tendo como tempo médio de internação sete dias. Dessa forma, esta pesquisa ratifica os fatores predisponentes e os agravos decorrentes da queda em idosos apontados em estudos anteriores, e destaca a importância de implantar medidas de promoção à saúde na atenção primária e prevenção dessas quedas, através da atuação estratégica de uma equipe multidisciplinar, especialmente do enfermeiro, com o intuito de reduzir os riscos para quedas nesse grupo.

Palavras-chave: Idosos. Quedas. Internações.

SILVA, Maria Isabel Leandro da. **Prevalence of hospitalizations for falls among the elderly in a hospital in Sertão of Paraíba.** p. 1-43. Monograph (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2015.

ABSTRACT

Falls, which are considered a geriatric syndrome, can bring serious physical, emotional and social consequences for the elderly. Due to its high frequency of occurrence and loss to the quality of life of the elderly, they indicate a public health problem. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach using documentary database that aims to determine the prevalence of hospitalizations for falls involving elderly people in the Regional Hospital of Cajazeiras - PB. The study population consisted of 197 records elderly people who were admitted to the Regional Hospital of Cajazeiras - PB because of falls and the sample of (197) 100% of records the elderly. The project was approved by the Research Ethics Committee under the report number 38958214.1.0000.5181490. We analyzed 490 medical records of elderly patients hospitalized for trauma to the RHC, from January 2011 to December 2014, from those a total of 197 hospitalizations of elderly people were due to injuries from falls, corresponding to a prevalence of 40.2% during that period . Ages ranged from 60 to 100 years old or older, with na average of 74.1 (SD = 9.9) years, and the range with greater distribution was from 60 to 70 years old with 43.7%. As to gender, 63% of the elderly were female and 37% male. The most common type of fall was the fall from their own height with 84.3%, and 15.7% corresponded to other types of falls. Regarding the main reason for admission 69.6% required surgical procedures, 27.9% had risks of complications of the injury and 2.5% for presenting pain, swelling and limitation of movement. For the most frequent fractures 21.3% corresponded to the forearm bones fracture, 17.3% to wrist fractures and 14.7% transtrochanteric femoral fractures. It was noticed that 97% of the elderly underwent a surgical procedure with an average of 1.03. And only 3% did not require surgical intervention. The hospital stay ranged from one to thirty-three days, from which seven days of stay was the average. Thus, this research confirms the predisposing factors and disorders resulting from falling by elderly people pointed in previous studies, and highlights the importance of implementing health promotion measures in primary care and prevention of these falls, through the strategic role of a multidisciplinary team, especially nurses, in order to reduce the risks of falls in this group.

Keywords: Elderly. Falls. Hospitalizations.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DP	Desvio padrão
HRC	Hospital Regional de Cajazeiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos idosos que foram internados por quedas, conforme a faixa etária e o gênero.....	26
Tabela 2: Distribuição numérica e percentual dos idosos internados por quedas, conforme o diagnóstico da lesão.....	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual dos idosos conforme a causa da queda.....	27
Gráfico 2: Distribuição percentual dos idosos internados por quedas que se submeteram a procedimento cirúrgico.....	30
Gráfico 3: Distribuição percentual dos idosos conforme os dias de internação.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 O processo de envelhecimento humano	18
3.2 O idoso e as políticas públicas	19
3.3 Quedas em idosos e os fatores desencadeantes	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Local do estudo	23
4.3 População e amostra	24
4.4 Procedimento de coleta dos dados	24
4.5 Procedimento de análise de dados	24
4.6 Aspectos éticos	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.	
ANEXOS	
ANEXO A – Termo de aprovação do comitê de ética e pesquisa.	
ANEXO B – Termo de anuência da instituição.	
ANEXO C – Termo de compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável.	
ANEXO D - Termo de compromisso e responsabilidade do pesquisador participante.	

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e também nos demais países em processo de desenvolvimento, a população de pessoas com faixa etária de 60 anos ou mais tem crescido significativamente. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos até o ano de 2020 será de 28,3 milhões, e terá um acréscimo para 64 milhões em 2050.

O aumento da expectativa de vida corrobora com o aumento da prevalência e da incidência das doenças crônico-degenerativas, em que estas, são resultantes do próprio processo de envelhecimento e/ou adquiridas por maus hábitos de vida. Segundo Cruz et al. (2012, p. 139), o envelhecimento populacional causa mudanças no perfil da morbimortalidade e isto exige que haja atenção quanto às condições de vida da população.

Os idosos em sua maioria apresentam dificuldades de locomoção e marcha, diminuição da percepção sensorial, perda ou diminuição da audição, diminuição da acuidade visual e déficit no equilíbrio e postura corporal, devido a esses fatores encontram-se vulneráveis para sofrer traumas por causas externas, que podem interferir diretamente na sua qualidade de vida. Dentre as causas externas, a queda é um dos traumas mais frequentes, considerada como um problema de saúde pública.

Segundo Poll et al. (2014), as causas externas ocupam o terceiro lugar em mortes de pessoas idosas, e em seu estudo traz, que no período de 2008 a 2010 ocorreram 413.139 internações de idosos no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que destas, 62,4% foram decorrentes de quedas. Na Paraíba no ano de 2013 foram registrados no Sistema Único de Saúde 1.396 internações de idosos por causas externas. (BRASIL, 2013)

De acordo com Mota et al. (2010), estima-se que no Brasil por ano, ocorrem no mínimo cerca de 350 milhões de acidentes por quedas de idosos.

Os traumas por quedas também implicam na elevação dos custos social e econômico, como também, provoca mudanças na rotina familiar e favorecem o aumento de institucionalização.

A própria condição natural de envelhecer, as patologias e o ambiente em que vive o idoso, associados ou não, podem ser os fatores de risco para a ocorrência frequente desse tipo de acidente. Para essa população as quedas podem ser evitadas, sendo necessário, primordialmente, que o ambiente em que vive este idoso ofereça segurança e este tenha boa

condição de vida. Para tal, é preciso que neste processo envolva-se a sociedade, o estado, os familiares e os profissionais de saúde.

Na atenção primária de saúde deve ser priorizado o desenvolvimento de ações voltadas para a educação em saúde tanto para estes idosos como para seus familiares e a comunidade, para prevenir as quedas e conseqüentemente os agravos secundários.

O interesse pela temática é a elevada frequência de quedas de idosos, que podem causar desde limitações e incapacidades à pessoa idosa, aumento das internações e o tempo destas, favorecer o surgimento de outras patologias e risco de morte. E diante do que foi exposto, a pesquisa foi realizada para tentar responder a seguinte questão: Será que o município de Cajazeiras - PB apresenta um elevado número de hospitalizações de idosos ocasionadas por quedas?

Dessa forma, este estudo é relevante, porque com o envelhecimento acelerado da população é preciso que sejam realizadas pesquisas para tentar identificar os principais problemas que acometem especificamente esse público em relação às internações por quedas, para que se consiga implementar e/ou implantar estratégias que favoreçam identificar os fatores de risco, ainda na atenção primária, e assim, reduzir os riscos de quedas, na população de idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Determinar a prevalência de internações por quedas em idosos no Hospital Regional de Cajazeiras – PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar o número de idosos que foram hospitalizados por quedas;
- Identificar as causas das quedas, o diagnóstico do trauma, o número de dias de internação e o número de idosos que se submeteram à procedimento cirúrgico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O processo de envelhecimento humano

O envelhecimento é um processo natural na vida dos seres vivos, manifestando-se por declínio da replicação e renovação celular e no funcionamento dos sistemas/órgãos. Nesse processo o corpo passa por alterações físicas, cognitivas e psicossociais.

Segundo Neri (2008) ocorre durante esse processo uma série de mudanças previsíveis de natureza genético-biológicas, chamadas de mudanças graduadas por idade (desenvolvimento psicomotor do bebê, envelhecimento, dentre outros), e de natureza psicossociais, chamadas de influência graduadas por história (escolarização, valores, trabalho, dentre outros). As mudanças que são não previsíveis são chamadas de influências não-normativas (acidentes, morte, guerras, dentre outros).

No entanto, nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira, algumas conseguem ser mais autônomas e independentes, enquanto outras são propensas a desenvolver patologias que podem comprometer a sua capacidade de locomoção, perda de equilíbrio, fraqueza óssea e/ou muscular, dentre outras limitações, que comprometem a vida social e bem-estar da pessoa idosa.

De acordo com Brunner e Suddarth (2012, p. 217. v. 1) “o declínio da função física leva a uma perda da independência e à fragilidade crescente, bem com à susceptibilidade aos problemas de saúde agudos e crônicos [...]”.

Quanto à longevidade humana, Neri diz que:

Na atualidade, estima-se que o limite da longevidade humana é algo em torno de 120 anos. O alcance gradual do limite de duração máxima da vida e o aumento da expectativa de vida ocorridos ao longo dos últimos séculos foram conseqüências do progresso social e dos avanços da ciência (NERI, 2008. p. 68).

A longevidade tem conotação importante quanto à qualidade de vida, e isso é desafiante para os indivíduos e a sociedade. Para Freitas (2011) a qualidade de vida possui várias dimensões que envolvem desde os aspectos físicos, psicológico e social, como também, o bem-estar subjetivo. Dentro desses aspectos podemos destacar a capacidade funcional, o

estado emocional, suporte familiar, nível socioeconômico, estado de saúde, dentre outros, que contribuem para que o indivíduo desfrute de um envelhecimento com qualidade.

Para se alcançar uma boa qualidade de vida na velhice, a responsabilidade também compete significativamente, à sociedade e à existência de políticas públicas efetivas que são fortes garantias para dar subsídios e estabelecer fatores determinantes para tal condição de vida e bem-estar social.

3.2 O idoso e as políticas públicas

Nosso país está em processo de transição da estrutura etária, constatada pela evolução do envelhecimento populacional. A expectativa de vida aumentou devido às mudanças socioeconômicas, políticas e demográficas ocorridas no Brasil, mas é decorrente principalmente, da baixa nas taxas de natalidade e de mortalidade da população brasileira.

De acordo com Alves (2014), a população de idosos no ano de 2060 será de 75,1 milhões, ou seja, representará 32,9% da população do nosso país. De acordo com esses dados em 2060, 1 em cada 3 brasileiros terão 60 anos ou mais.

Com esse avanço da população de idosos, é necessário que políticas públicas adequadas sejam implantadas e/ou reformuladas para assegurar os direitos desse público etário. Para Minayo (2012, p. 208) “a revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e requer responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade.”

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Lei Federal 8.842), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, “assegura os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS” (BRASIL, 1994)

Essa política veio corroborar com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que todos devem e tem direito à saúde, e traz como diretrizes: a promoção de um envelhecimento ativo e saudável; atenção integralizada à saúde do idoso; ações intersetoriais para integrar a atenção; recursos que assegurem a qualidade de vida; participação e o fortalecimento do controle social; capacitação e educação dos profissionais atuantes no SUS em saúde do idoso; divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais, gestores e o usuários do SUS; promover a

cooperação nacional e internacional das experiências quanto à atenção à pessoa idosa; e apoiar estudos e pesquisas na área da saúde e atenção à pessoa idosa.

De acordo com essa política o sistema de saúde no Brasil está mais preparado para atender as questões de saúde materno-infantil, já no que diz respeito ao avanço do envelhecimento, há dificuldades para atender as necessidades e prioridades da pessoa idosa. Essa questão torna-se um desafio para o país/gestores em desenvolver políticas de saúde atendam as necessidades desse grupo da população.

O Estatuto do idoso regulamentado pela Lei 10.741/03, também desenvolve um importante papel quanto à garantia dos direitos específicos da pessoa idosa, como por exemplo, no Art. 3º diz que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010. p. 11).

O Estatuto no Art. 15, também preconiza um fator muito importante quanto ao direito do idoso à saúde, em que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2010. p. 15).

Há outras legislações que dão cobertura e que trouxe grandes benefícios à pessoa idosa, inclusive a proteção, contida na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos Humanos. A sociedade, os familiares e principalmente a pessoa idosa precisam conhecer as Leis que resguardam os direitos do idoso, para que estes sejam cobrados e atendidos.

Dessa forma, todos os esforços devem ser direcionados para que direitos contidos nos textos legais sejam garantidos e inseridos nas metas governamentais através de políticas públicas efetivas.

3.3 Quedas em idosos e os fatores desencadeantes

O idoso além das doenças crônico-degenerativas ainda é vulnerável às síndromes geriátricas, estas, ocorrem pela junção das alterações provocadas pelo envelhecimento e por fatores ambientais. A queda é considerada uma síndrome geriátrica e, por sua elevada frequência e agravos provocados à qualidade de vida da pessoa idosa é um problema de saúde pública.

Para Ribeiro et al. (2008, p. 1266) “a queda é um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, com incapacidade de correção, em tempo hábil”.

A queda pode trazer sérias conseqüências físicas, emocional e social para o idoso. As lesões físicas mais comuns, que podem determinar a dependência total ou parcial do idoso, são as fraturas, principalmente fratura do fêmur. No estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) com 72 idosos que sofreram quedas, 24,3% sofreram fraturas, destas 33,3% foi fratura de fêmur. Nesse mesmo estudo 70,4% dos idosos presentes na pesquisa sofreram uma só queda, enquanto que, 29,6% sofreram quedas recorrentes.

É comum que os idosos que já caíram desenvolvam o medo de cair novamente, e se evidencia no estudo mencionado, em que 44% relataram o medo de cair. Esse medo pode limitar o idoso em suas atividades cotidianas e desenvolver sentimento de fragilidade.

Segundo Abrantes et al. (2013, p. 127) “estima-se que um terço dos idosos que vivem na comunidade sofrerá queda no intervalo de um ano, e entre os institucionalizados, essa previsão aumenta para 50%.” Nesse mesmo estudo o autor mostra que com o avançar da idade o idoso fica mais vulnerável aos riscos de cair. Estima-se que o risco de quedas em idosos entre 65 e 74 anos é de 32%, entre os 75 e 84 anos é 35% e aumenta para 51% para as pessoas acima de 85 anos de idade.

A queda pode ser ocasionada por fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são resultantes das alterações provocadas pelo envelhecimento e/ou por efeitos de medicações como: fraqueza muscular, dificuldade na marcha, alteração postural, doenças articulares, tonturas, diminuição da acuidade visual e da audição, dentre outros. Os fatores extrínsecos são decorrentes do ambiente que o idoso vive como: piso escorregadio, objetos pelo chão, móveis instáveis, iluminação inadequada, animais domésticos, uso de calçados inapropriados ou em má condição de uso, dentre outros.

Através de medidas preventivas, pode-se diminuir a frequência e os agravos à saúde decorrentes de quedas. É preciso ter a consciência de que a prevenção é primordial, como traz

a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa quanto à Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, que diz:

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros (BRASIL, 2006. p. 9).

Dessa forma, é muito importante que se invista na promoção da autonomia, vida saudável e atenção adequada à saúde, para suprir as necessidades desse grupo da sociedade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, a partir de dados de base documental, com abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa permite que o pesquisador analise e classifique numericamente os dados coletados. Para Kauark, Manhães e Medeiros (2010, p. 27) “a *Pesquisa “Quantitativa”* lida com fatos (tudo aquilo que pode se tornar objetivo através da observação sistemática; evento bem especificado, delimitado e mensurável);”.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população (PRODANOV; FREITAS, 2013). Para o mesmo autor na pesquisa exploratória objetiva trazer mais informações sobre o assunto pesquisado e facilita a construção de hipóteses.

A pesquisa documental envolve o estudo de documentos que ainda não receberam tratamento analítico é importante para fortalecer e atender os objetivos da pesquisa. Prodanov e Freitas (2013, p. 55-56) dizem que: “a utilização da pesquisa documental é destacada no momento em que podemos organizar informações que se encontram dispersas, conferindo-lhe uma nova importância como fonte de consulta.”.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras, localizada no alto sertão do estado da Paraíba, ocupa uma área de 565,89km². De acordo com censo de 2010 realizado pelo IBGE a cidade consta com uma população de 58.446 habitantes e ocupa o 7º lugar como maior município do estado. Cajazeiras também é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que atende a cidade e quatorze municípios.

Os dados foram coletados no Hospital Regional Dr. José de Souza Maciel contando com 146 leitos para internação e conta com serviços de clínica médica e cirúrgica, emergência e urgência, maternidade, unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade de cuidados intermediários (UCI).

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por 197 prontuários de idosos que foram internados no Hospital Regional de Cajazeiras – PB por motivo de quedas. Para Marconi e Lakatos (2010) a população é o conjunto de seres que possuem pelo menos pelos menos uma característica em comum, seja ela sexo, faixa etária, comunidade em que vive, dentre outros.

A amostra foi composta por 100% dos prontuários de idosos (197) que sofreram hospitalização, tendo como causa quedas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Atendendo os critérios de inclusão e exclusão. Inclusão: terem sido internados por sofrer algum trauma por queda, nos últimos quatro anos e que residam no município de Cajazeiras. Foram definidos como critérios de exclusão: os idosos que deram entrada por outros motivos ou que sofreram quedas dentro da instituição hospitalar, e que não residam no município referido.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a Amostra consiste em escolher uma parte da população que seja representativa e conveniente para o estudo.

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário contendo perguntas referentes à: data de nascimento, idade, data da internação, motivo da internação, data e causa da queda, diagnóstico da lesão, data da alta, dias de internação e se, submeteu-se a algum procedimento cirúrgico (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora. Na coleta de dados é importante que as informações colhidas deem condições para o tratamento e teste das hipóteses. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A coleta de dados aconteceu no mês de dezembro de 2014. Foi realizada a partir das informações de 490 prontuários dos pacientes internados no Hospital Regional de Cajazeiras – PB no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, no horário de funcionamento do serviço. E apenas 197 atenderam os critérios de inclusão da pesquisa.

4.5 Procedimento de Análise dos dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, sendo estes analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Após a análise, os dados foram apresentados em gráficos e tabelas, e discutidos de acordo com literatura pertinente

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa está de acordo com as diretrizes da Resolução N° 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da regulamentação da pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2012)

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o N° 38958214.1.0000.5181 e da autorização da Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional de Cajazeiras, testificada pela assinatura do Termo de Anuência (ANEXO A). Foram mantidos por parte do pesquisador o sigilo e a privacidade das informações coletadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da tabulação dos dados obtidos de 490 prontuários de idosos internados por trauma no HRC, referentes ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, um total de 197 internações de idosos foi decorrente de agravos por quedas. A prevalência das internações por esta causa correspondeu a 40,2% nesse período. No estudo realizado por Melo, Leal e Vargas (2011) em um hospital público de trauma em Porto Alegre, a prevalência de internações por quedas, correspondeu 72,9%. Abaixo na Tabela 1 temos referentes à idade e ao gênero dos idosos.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos idosos que foram internados por quedas, conforme a faixa etária e o gênero.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
60 a 70 anos	86	43,7
71 a 80 anos	54	27,4
81 a 90 anos	45	22,8
91 a 100 anos	10	5,1
100 anos ou mais	2	1,0
Gênero		
Feminino	124	63
Masculino	73	37

FONTE: Dados da pesquisa/2015.

A população do estudo varia de 60 a 100 anos ou mais, com idade média de 74,1 (dp=9,9) anos, sendo que o intervalo com maior distribuição foi de 60 a 70 anos com 43,7%. O fato dos idosos incluídos no intervalo de 60 a 70 anos de idade, ter sido a faixa etária dos que mais sofreram quedas diverge de estudos que apontam que os riscos de quedas aumentam com a idade avançada. Como por exemplo, no estudo de Poll et al. (2014) realizado em um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul-RS, verificou-se frequência maior de quedas nos idosos acima de 80 anos. Entretanto, converge com os dados obtidos na pesquisa de Costa, Xavier e Filgueiras (2012), na qual se verificou maior incidência na faixa etária entre 60 e 70 anos com 23,9% e de 19,6% acima de 80 anos.

Em sua análise dos riscos de quedas e a repercussão destas em idosos de um grupo de convivência de Russas-CE, Lima et al. (2013) obteve maior percentual entre os idosos de 60 a 70 anos com 56,0%, destes 68,0% foram vítimas de quedas.

No que se refere ao gênero 63% dos idosos pertenciam ao sexo feminino e 37% ao sexo masculino. Corrobora com os dados do estudo de Lopes et al. (2010), que em relação ao sexo 62,5 do idosos que sofreram quedas, eram mulheres.

Conforme Souza et al. (2009), as mulheres apresentam maior propensão a quedas por apresentarem prevalência maior de doenças crônicas, como a osteoporose, e sugere que umas das causas pode ser a exposição as atividades domésticas. Um dos motivos que também contribuem para essa prevalência de quedas nas mulheres é que estas possuem maior expectativa de vida em relação à população masculina (PINHO et al., 2012). Chaimowicz (2013) traz que nos países em desenvolvimento há tendência das mulheres viverem sete anos mais que os homens, traduzindo assim um predomínio do gênero feminino nessa população. Pode-se dizer então, que há uma feminilização no envelhecimento da população.

Quanto à causa da queda o mais freqüente foi a queda da própria altura, com 166 internações (84,3%) e outras causas de quedas totalizando 31 internações (15,7%). Como podemos constatar no gráfico abaixo, a maioria dos idosos sofreu queda da própria altura. No estudo de Melo, Leal e Vargas (2011) das 402 internações por quedas de idosos analisadas 211 internações (52,50%) foram por queda da própria altura e 82 (20,40%) por outros tipos de queda.

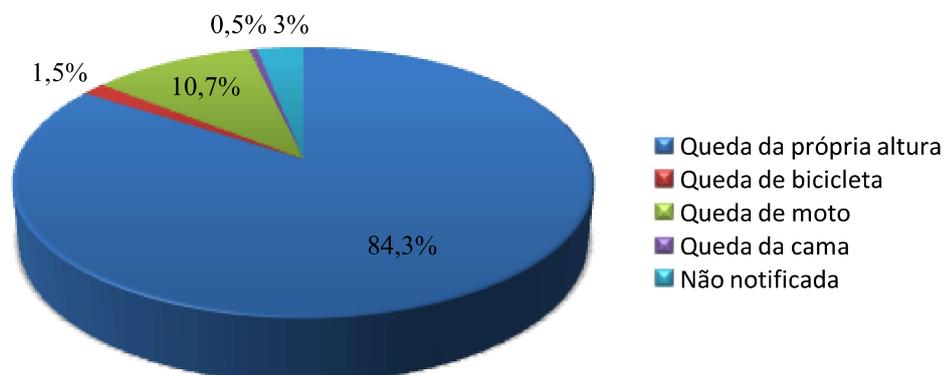


Gráfico 1: Distribuição percentual dos idosos conforme a causa da queda.

Ao avaliar os riscos de quedas em idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em João Pessoa – PB, Pinho et al. (2012) destaca que a maioria das quedas da própria altura (90,5%) de seu estudo ocorreram na rua/avenida e no ambiente doméstico que residiam os idosos. A deficiência na manutenção de vias públicas é um fator que também se destaca quando se trata de ocorrência de traumas envolvendo idosos, que ao transitar sem uma companhia expõe-se ao risco de sofrer algum trauma (OLIVEIRA, et al. 2013). Assim, as quedas em idosos são resultantes das alterações que ocorrem no processo de envelhecimento e podem estar associados às condições inadequadas do ambiente em que vivem e transitam diariamente. Atrelado a estas condições, pode-se incluir as alterações por ação de fármacos e/ou polifarmácia que podem provocar desequilíbrio e consequentemente ocasionar as quedas.

A ocorrência de quedas em idosos pode ser única ou pode ser recidiva. Constata-se na pesquisa Lima et al. (2013) em que 42,3% sofreram apenas uma queda, 22,5% caíram duas vezes e 35,2% caíram três ou mais vezes. Com o aumento da idade, aumentam-se os riscos dos idosos sofrerem quedas recorrentes, e as consequências podem ser leves ou graves. Maia et al. (2011) aborda que além das consequências físicas, as quedas trazem repercussões psicológicas, e estas podem interferir na autonomia e qualidade de vida do idoso. Maciel (2010. p. 555) diz que “a avaliação criteriosa do paciente que caiu é essencial para se determinar a causa, a circunstância e o mecanismo da queda, o que permite estabelecer estratégias para a prevenção de novos episódios.”

Ao se tratar do principal motivo de internação 69,6% foi por necessitar de procedimento cirúrgico, 27,9% apresentou riscos de complicações da lesão e 2,5% por apresentar dor, edema e limitação do movimento.

De acordo com Katz (2008) os pacientes idosos que sofrem algum trauma apresentam mais complicações clínicas em relação à pacientes jovens, sendo que o fator preditivo para essas complicações é a idade. Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010. p. 174) trazem que:

As mudanças associadas à idade predis põem a população geriátrica a riscos únicos, provavelmente ausentes em populações mais jovens, por exemplos a insuficiência cardíaca congestiva, a doença isquêmica do coração, a broncoaspiração, o delirium, a pneumonia e infecção do trato urinário. Além destes, pode-se identificar síndrome de fragilidade, estado comumente encontrado neste grupo, não estando proporcionalmente associada à idade, mas às co-morbidades.

Testifica-se essa predisposição a complicações clínicas no presente estudo, tendo em vista que todos os idosos que sofreram queda necessitaram ficar hospitalizados e na maioria

dos casos 99% houve algum tipo de fratura. As fraturas mais freqüentes foram a fratura de ossos do antebraço com 21,3% (42), a fratura de punho com 17,3% (34) e a fratura transtrocanterica do fêmur 14,7% (29).

Nos idosos alguns tipos de fraturas são mais prevalentes. O fato dos ossos do membro superior ter sido os mais acometidos, diverge de alguns estudos que apontam maior comprometimento em ossos do membro inferior, em sua maioria fratura do fêmur. Entretanto, os dados obtidos corroboram com o estudo de Costa, Xavier e Filgueiras (2012) em que 50,8% das fraturas em idosos por quedas foram em ossos do membro superior, e deve-se provavelmente à reação de apoio do membro ao solo. Evidencia-se também a correlação com o estudo de Lima et al. (2013) em que dos 38% dos idosos que caíram e tiveram algum tipo de fratura devido a queda, 69% tiveram fratura de membro superior. Abaixo na Tabela 2 podemos analisar o motivo das internações e os diagnósticos das lesões ocasionados pelas quedas.

Tabela 2: Distribuição numérica e percentual dos idosos internados por quedas, conforme o motivo da internação e o diagnóstico da lesão.

Variáveis	N	%
Motivo da internação		
Necessidade de cirurgia	137	69,6
Risco de complicações	55	27,9
Dor, edema e limitação do movimento	5	2,5
Diagnóstico da lesão		
Fratura de ossos do antebraço	42	21,3
Fratura de punho	34	17,3
Fratura transtrocanterica do fêmur	29	14,7
Fratura de colo do fêmur	27	13,7
Fratura de úmero	20	10,2
Fratura de tornozelo	17	8,7
Fratura de ossos da perna	11	5,6
Fratura de cotovelo	5	2,5
TCE leve	2	1
Fratura de clavícula	2	1
Luxação de ombro	2	1
Fratura de quadril	2	1
Fratura de patela	2	1
Fratura de ossos do pé	2	1

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

De acordo com o diagnóstico os idosos que necessitaram se submeter a algum procedimento cirúrgico teve um percentual de 97%, correspondendo a cento e noventa e um

(191) idosos, com uma média 1,03. E apenas 3%, correspondendo a seis (6) idosos, não necessitaram de intervenção cirúrgica, tendo se submetido apenas a tratamento conservador. No estudo de Campos et al. (2007) dos 216 pacientes idosos que foram vítimas de trauma em sua maioria por quedas, mas também por outras causas, 78,7% teve que se submeter a algum tipo de procedimento cirúrgico. Poll, et al. (2014) em sua pesquisa com quatorze (14) idosos que sofreram trauma por quedas, a forma de tratamento escolhida para a maioria destes (10), também foi o tratamento cirúrgico.

Esses resultados também corroboram com o estudo de Degani, et al. (2014) em que 65,6% dos idosos estudados vítimas de lesões traumáticas, por quedas e outras causas, necessitaram realizar algum procedimento cirúrgico,

O tratamento de uma fratura depende de cada caso e suas conseqüências, podendo ser através de tratamento cirúrgico ou conservador. No tratamento conservador promove-se a reparação natural do osso, através da imobilização, e o tratamento cirúrgico é realizado quando não se consegue promover o tratamento conservador, através do uso de placas, parafusos, varetas endomedulares ou fios metálicos (ABC.MED. BR, 2013).

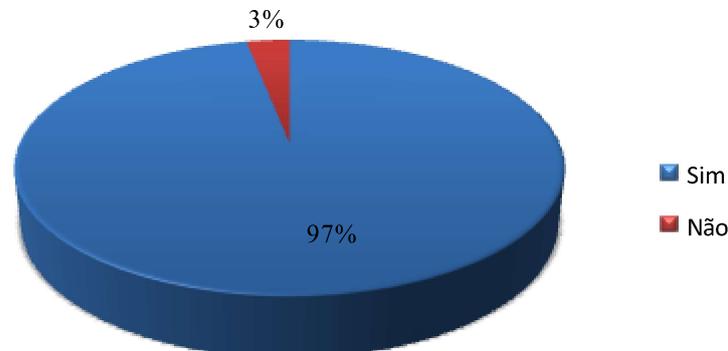


Gráfico 2: Distribuição percentual dos idosos internados por quedas que se submeteram a procedimento cirúrgico.

No que concerne ao tempo de internação, verificou-se que este foi de um a trinta e três dias, tendo como tempo médio de internação aproximadamente sete dias. Convergindo com alguns estudos, como o de Campos et al. (2007) em que o tempo de internação variou

entre um a vinte e três dias. Já na análise de Costa, Xavier e Filgueiras (2012) o tempo de internação dos idosos variou de um a dez dias.

A internação prolongada é preocupante quando se trata de pacientes idosos, por possibilitar complicações e declínio funcional, e isto também reflete na qualidade da assistência prestada nos serviços hospitalares. (MONTEIRO; FARO, 2010)

Na figura 4 podemos analisar o percentual dos dias de internação desses idosos.

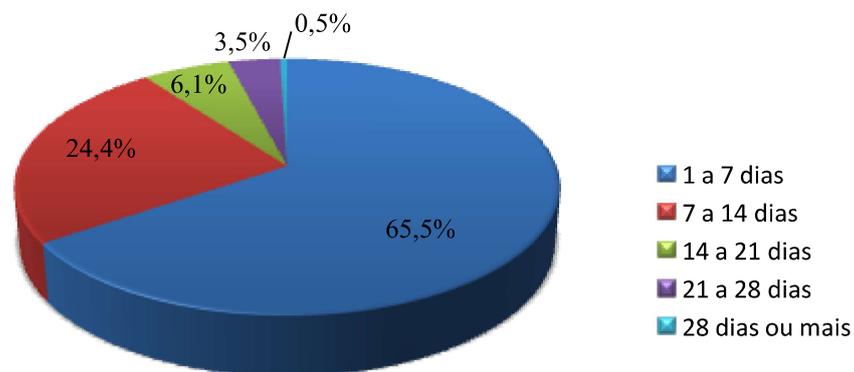


Gráfico 3: Distribuição percentual dos idosos conforme os dias de internação.

Assim, constata-se que as quedas representam um grave problema de saúde pública. Fhon, et al. (2013) ressalta que as quedas recorrentes em idosos geram aumento nos custos para a sociedade e para as famílias. Maciel (2010) diz que a identificação dos idosos susceptíveis às quedas juntamente com ações preventivas, favorecerão a diminuição dos episódios destas nessa população e a redução dos agravos psicológicos, físicos e dos impactos sociais.

Motta et al. (2010) aborda que na atenção primária os profissionais deveriam ser habilitados para avaliar esses indivíduos e saber conduzir as intervenções, especialmente quanto à promoção da saúde e educação da população, sobre os riscos ambientais, domiciliares e as atitudes de risco.

Para Menezes, et al. (2007) um trabalho primordial é evitar as quedas na população idosa, envolvendo ações de uma equipe multidisciplinar para as medidas preventivas. Esses

autores também abordam que na prevenção primária deve-se evitar que a primeira queda ocorra, enquanto que na prevenção secundária tenta-se evitar um novo episódio de queda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento populacional e de todas as implicações que esse processo acarreta para a pessoa como ser biopsicossocial, evidencia-se que as quedas são frequentes e afetam a sua qualidade de vida, trazendo impacto em suas famílias e na sociedade.

Os objetivos da presente pesquisa foram atingidos, pois se identificou a prevalência de 40,2% das internações por quedas de idosos, nos últimos quatro anos, no Hospital Regional de Cajazeiras – PB. A faixa etária que prevaleceu está entre 60 a 70 anos de idade, sendo a maioria pertencente ao sexo feminino. Com relação aos demais dados coletados nesse estudo a causa mais freqüente de queda foi a queda da própria altura, o principal motivo das internações se deu por necessidade de cirurgia, as fraturas mais prevalentes foram no membro superior e a maioria dos idosos se submeteu a algum tipo de procedimento cirúrgico, com tempo de internação aproximadamente de um a trinta e três dias. O tempo de internação prolongado demanda custos para a sociedade, a família e para o poder público, além de ser um ponto de vulnerabilidade para o idoso, podendo agravar o quadro clínico com o surgimento de outras doenças dificultando a reabilitação deste, e risco de morte.

Tais resultados evidenciam que a queda tem prevalência e efeitos significativos na vida e na saúde da pessoa idosa. Considera-se necessário por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e dos órgãos públicos de saúde, que estes dêem mais importância ao idoso e atentem para as suas fragilidades e características do processo de envelhecimento.

Na atenção primária à saúde, faz-se necessário implantar medidas de promoção à saúde e prevenção dessas quedas, através da atuação estratégica de uma equipe multidisciplinar, especialmente o profissional enfermeiro. Para tanto, suas ações devem estar voltadas para a educação em saúde que envolva as comunidades e as famílias, com o intuito de diminuir os índices de prevalência das quedas, a redução das internações por essa causa, o comprometimento funcional e as incapacidades ocasionadas por estas.

Os dados obtidos nesse estudo testificam os fatores predisponentes e os agravos decorrentes da queda em idosos apontados em estudos anteriores, e estes poderão oferecer subsídios para outros estudos e pesquisas voltados nessa temática. Portanto, sugere-se que estes estudos visem, principalmente, reduzir os riscos e as repercussões provocadas pelas quedas na qualidade de vida desse grupo.

REFERÊNCIAS

ABC.MED.BR. **Fratura óssea: definição, causas, sinais e sintomas, tipos de fraturas, diagnóstico, tratamento e evolução.** 2013. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/ortopedia-e-saude/370949/fratura-ossea-definicao-causas-sinais-e-sintomas-tipos-de-fraturas-diagnostico-tratamento-e-evolucao.htm>>. Acesso em 24 de fevereiro de 2015.

ABRANTES, K. S. et al. Caracterização das quedas em idoso socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **ABCS Health Sciences.** Santo André-SP, 2013. v. 38. n. 3. p. 126-132.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal.** 2014. Ano IV. n. 40. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista. Acesso em 05 de Novembro de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Banco de dados: cidades.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeira|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em 28 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Brasília, 2006.

_____. Câmara dos Deputados. **Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata.** Edições Câmara 5. ed. Brasília, 2010.

_____. Câmara dos Deputados. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 01 de Novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em 07 de Novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS por causas externas – por local de internação – Paraíba.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiPB.def>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. [editores] Suzanne C. Smeltzer [et al.]. [revisão técnica Isabel Cristina F. da Cruz, Ivone E. Cabral; tradução Antonio Francisco D. Paulo, José Eduardo F. de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. 12.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012. p. 217.
- CAMPOS, J. F. S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arq Ciênc Saúde**, 2007. 14(4):193-197.
- CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Nescon UFMG. 2. ed. Belo Horizonte, 2013.
- COSTA, A. M. R.; XAVIER, E. M. O.; FILGUEIRAS, M. C. Perfil epidemiológico de idosos com fraturas atendidos em hospital de emergência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2012. Ano 10, nº 34. p. 41-46.
- CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**, 2012. 46(1): 138-146.
- DEGANI, G. C. et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Rev Bras Enferm**. 2014. 67(5):759-765.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan. 3ª. ed. Rio de Janeiro, 2011. p. 99-106.
- FHON, J. R. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev Saúde Pública**, 2013. 47(2): 266-273.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Editora UFGRR. Porto Alegre, 2009.
- HRC, Hospital Regional de Cajazeiras. Disponível em: <http://www.portalhrc.com.br>. Acesso em 28 de outubro de 2014.
- KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Editora Via Litterarum. Itabuna, 2010.
- KATZ, M. et al. Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos. **Acta Ortop Bras**. 2008. 16(5): 279-283.

LIMA, D. W. C. et al. Repercussão de quedas em idosos: análise dos fatores de risco. **Rev Rene**. 2013. 14(4): 929-937.

LOPES, R. A. et al. Quedas de idosos em uma clínica-escola: prevalência e fatores associados. **ConScientiae Saúde**. 2010. 9(3): 381-388.

MACIEL, Arlindo. Quedas 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, 2010. 20(4): 554-557.

MAIA, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2011. 14(2):381-393.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas. 7ª. ed. São Paulo, 2010.

MELO, S. C. B.; LEAL, S. M. C.; VARGAS, M. A. O. Internações de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. **Enfermagem em Foco**, 2011. 2(4): 226-230.

MENEZES, R. L. et al. Fraturas em idosos: ocorrência e fatores predisponentes. **Fragmentos de Cultura**. Goiânia, 2007. 17(4): 315-329.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2012. 28(2): 208-209.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Rev Esc Enferm USP**. 2010. 44(3):719-24

MOTTA, L. B. et. al. Prevalência e fatores associados a quedas em idoso em um município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, 2010. 13(1): 83-91.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Editora Alínea. 3ª. ed. Campinas – SP, 2008. P. 68-70.

OLIVEIRA, K. A. et al. Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência. **Rev Enferm UFPE On-line**. Recife, 2013. 7(4): 1113-1119.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2012. 46(2): 320-327.

POLL, M. A. et al. Ocorrência de hospitalizações de idosos por quedas. **Rev Cienc Cuid. Saúde**, 2014. 13(3): 447-454.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Editora Feevale. 2^a. ed. Novo Hamburgo, 2013.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. 13(4): 1265-1273.

SOUZA, X. M.; KAMADA, M.; GUARINETO, M. E. Avaliação de fatores de risco para fratura de quadril em mulheres idosas. **Rev Bras Clin Med**. 2009. 7(6):379-384.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. G. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. 2010. 23(3):173-182.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Prontuário n°: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

INFORMAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO

Data da internação: ___/___/___ Ano: _____

Motivo da internação: _____

Data da queda: ___/___/___

Causa da queda: _____

Diagnóstico da lesão: _____

Data da alta: ___/___/___

Dias de internação: _____

Submeteu-se a procedimento cirúrgico: Sim () Não ()

ANEXOS

ANEXO A



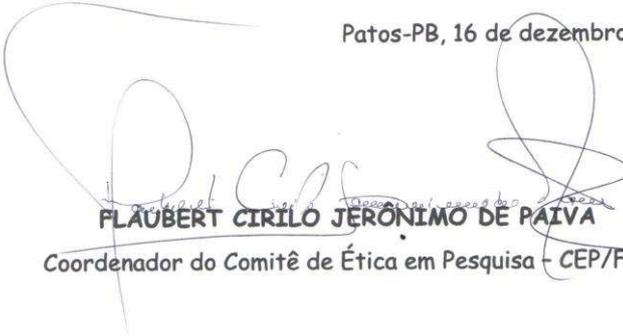
FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 466/2012 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 03 de dezembro de 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR QUEDAS EM IDOSOS EM UM HOSPITAL NO SERTÃO PARAIBANO. CAAE 38958214.1.0000.5181** do(a) pesquisador(a): **Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos-PB, 16 de dezembro de 2014.


FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa CEP-FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300

ANEXO B



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

ANUÊNCIA

Autorizo as pesquisadoras, Alba Rejane G. de Moura Rodrigues e Maria Isabel Leandro da Silva responsáveis pelo projeto de pesquisa "PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR QUEDA EM IDOSOS EM UM HOSPITAL NO SERTÃO PARAIBANO", a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFCG), utilizem o espaço desta instituição, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP.

Cajazeiras, 10 de novembro de 2014

Ocilma Barros de Quental
Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente

ANEXO C

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

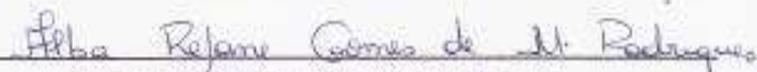
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Maria Isabel Leandro da Silva, 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.

Cajazeiras-PB, 20 de outubro de 2014.



Prof. Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

SIAPE Nº 1664 - 644

ANEXO D

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, Maria Isabel Leandro da Silva, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues 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, 20 de outubro de 2014.



Maria Isabel Leandro da Silva

Matrícula: 210220026