

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

GIANNINI CUNHA DE ARAÚJO

**QUEDAS EM IDOSOS: ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES DE RISCO
PREVALENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

CUITÉ – PB
2014

GIANNINI CUNHA DE ARAÚJO

**QUEDAS EM IDOSOS: ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES DE RISCO
PREVALENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus Cuité
como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a. MSC. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

CUITÉ - PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A663q Araújo, Giannini Cunha de.

Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de Cuité - PB. / Giannini Cunha de Araújo. – Cuité: CES, 2014.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Msc. Isolda Maria Barros Torquato.

1. Idosos - quedas. 2. Idosos – quedas - causas. 3. Idosos – quedas – Cuité - PB. I. Título.

CDU 613.98

GIANNINI CUNHA DE ARAÚJO

**QUEDAS EM IDOSOS: ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES DE RISCO
PREVALENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pelo aluno **Giannini Cunha de Araújo** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MSc. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof^a. MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia - UFCG
Membro Examinador

Prof^a. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro - UFCG
Membro Examinador

CUITÉ - PB
2014

Este trabalho é dedicado inteiramente aos meus pais **Lenice Cunha de Araújo** e **Geraldo Gonçalves de Araújo**.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, meu muito obrigado aos **meus pais** por terem me ensinado que na vida a gente precisa de três grandes alicerces, onde sem eles jamais alcançaremos nada do que buscamos – o amor, a honestidade e a humildade.

O meu muito obrigado a **Ele**, meu pai, protetor, conhecedor de todas as minhas alegrias, angustias e dificuldades que vivenciei nesses longos cinco anos de curso, a você, **Deus**, agradeço por mais uma vitória e peço-lhe que continue sempre olhando para esse seu filho que tanto o ama.

Aos **meus familiares** que sempre se fizeram presentes na minha caminhada quanto estudante, dando-me forças, afago, conselhos e sempre me alertando o quanto é importante ajudarmos àqueles que necessitam dos nossos cuidados.

Jamais poderei esquecer-me da generosidade e receptividade do **povo Cuiteense**, que me adotou com todo carinho e me fez entender que nunca devemos desacreditar do ser humano.

Aos **meus amigos** que me distanciei, não por vontade, mas por necessidade, sou infinitamente grato pela compreensão, e aqui cito meus companheiros **Fernanda Espínola, Marina Gabriela, Vinícius Ribeiro, Bergully Oliveira, Bárbara Katharinne e Mhia Cristina** nos quais represento todos os demais. Vocês constituem meu coração. Muito obrigado.

Aos **profissionais que compõem o Campus Cuité** pelos ensinamentos direcionados a nós discentes.

Aos **Idosos de Cuité** que possibilitaram a concretização desta pesquisa.

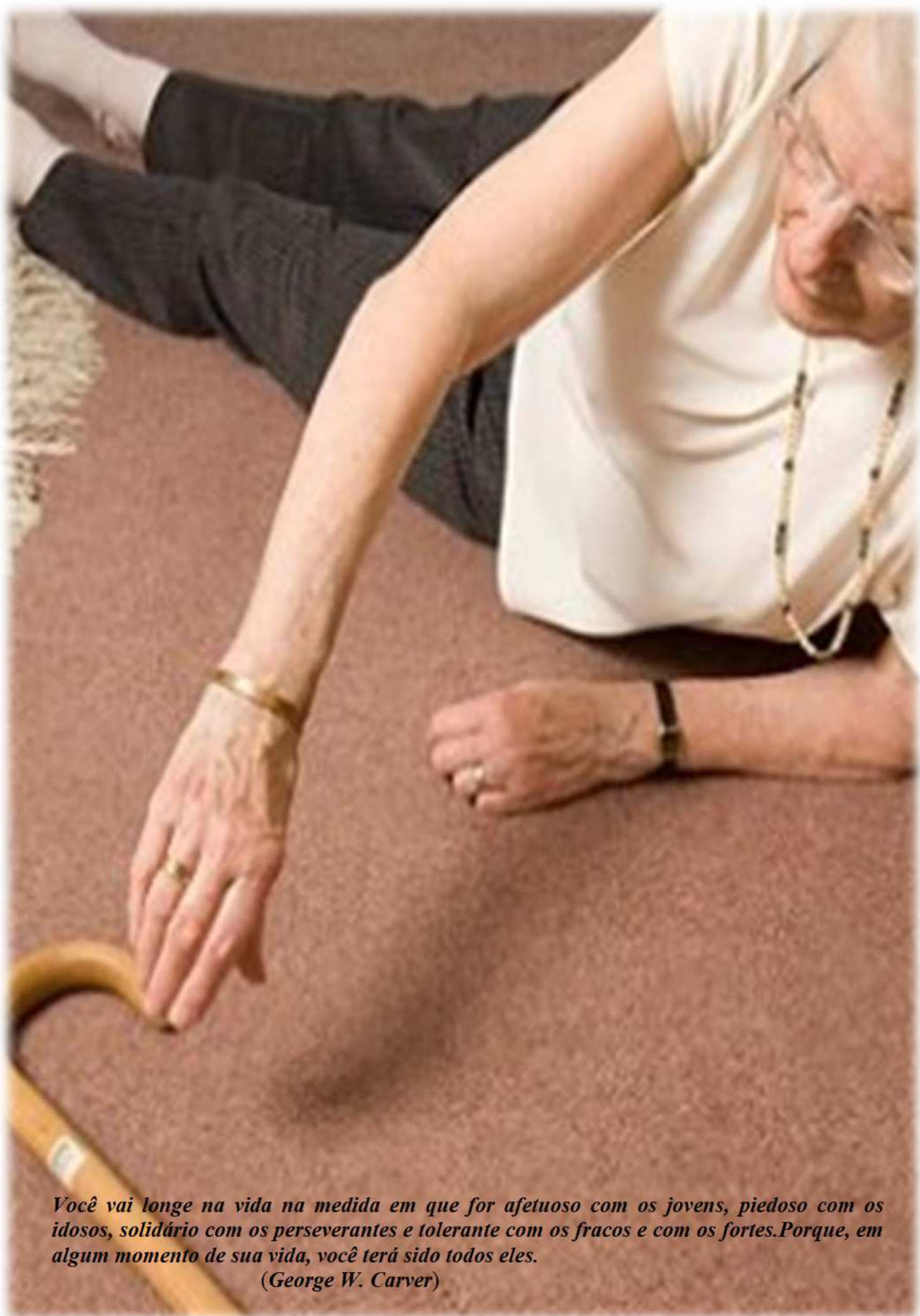
A minha orientadora **Isolda Torquato** pela paciência, ensinamentos e por ter abraçado com perseverança esse projeto de conclusão de curso junto comigo.

A **Banca examinadora** pelas importantes contribuições.

A **Secretaria de Saúde do município de Cuité** por viabilizar a realização desta pesquisa.

Para finalizar, quero deixar a minha saudosa gratidão (novamente) a **Lenice Cunha de Araújo (mãe)** e **Geraldo Gonçalves de Araújo (pai)** por ter me dado na vida o presente que mais almejei – **meu irmão. Gianecchini**, essa conquista também é sua.

Obrigado a **todos!**



Você vai longe na vida na medida em que for afetuoso com os jovens, piedoso com os idosos, solidário com os perseverantes e tolerante com os fracos e com os fortes. Porque, em algum momento de sua vida, você terá sido todos eles.

(George W. Carver)

RESUMO

ARAÚJO, G. C. D. **Quedas em idosos:** análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de Cuité - PB. Cuité, 2014. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

Introdução: O crescimento populacional entre os idosos tem sido evidenciado com bastante intensidade nos últimos anos. Associado a esta transição demográfica evidencia-se o aumento de doenças crônicas degenerativas assim como de situações de riscos e agravos a saúde como a ocorrência de quedas. **Objetivo:** Identificar a frequência de quedas e os fatores de risco prevalentes entre os idosos do município de Cuité-PB. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa transversal exploratório-descritiva de natureza quantitativa. Participaram da pesquisa 250 idosos usuários dos serviços das Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité – Paraíba, porém apenas 110 foram considerados aptos a darem seguimento à coleta de dados por atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista estruturada norteada por um formulário contendo 32 questões objetivas contemplando aspectos sócio-demográficos, relacionados às quedas e variáveis assistenciais. Para a catalogação e análise dos dados utilizou-se os *Software Word e Excel 2007* cujos resultados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Constatou-se que a maioria das quedas ocorreu entre idosos casados (45,5%), sexo feminino (73,6%), com formação no ensino básico (97,3%), renda familiar até um salário mínimo (67,3%) e cujas faixas etárias variaram entre os 70-79 anos de idade (40,0%). Cerca de 69,1% referiram ter sofrido de um a dois episódios de quedas nos últimos 3 anos as quais ocorreram principalmente no domicílio (48,0%) e no turno matutino (59,1%). Sobre as características ergonômicas do ambiente, evidenciou-se que o piso encontrava-se seco (54,5%), havia iluminação adequada (86,4%) e que não havia objetos que comprometiam a locomoção (69,1%). Contudo, 98,2% mencionaram que no local não existia dispositivos de segurança. Sobre os fatores intrínsecos 64,5% referiram apresentar algum distúrbio visual, 82,7% faziam uso de medicamentos e 16,4% mencionam presença de problemas ortopédicos durante o episódio de queda. A fratura de fêmur, as escoriações e o estresse pós-traumático foram às consequências mais mencionadas pós-evento. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos podemos concluir que a ocorrência de quedas em idosos ainda é bastante frequente e que os fatores intrínsecos e ambientais continuam se sobressaindo como prováveis responsáveis pela ocorrência de quedas entre os idosos. É necessário que os profissionais de saúde estejam envolvidos na prevenção destes eventos, a fim de minimizar complicações neste grupo etário.

Palavras chave: Quedas. Causas. Idosos.

ABSTRACT

ARAÚJO, G. C. D. **Falls in senior:** analysis of the frequency and of the factors of risk prevalence in the municipal district of Cuité - PB. Cuité, 2014. 75 f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2014.

Introduction: Population growth among the elderly has been shown quite strongly in recent years. Associated with this demographic transition is evident in the increase of degenerative diseases as well as situations of risk and health hazards such as falls. **Objective:** To identify the frequency of falls and risk factors prevalent among the elderly in Cuité -PB. **Methodology:** This was an exploratory descriptive cross-sectional survey of quantitative nature. Participated in the study 250 elderly service users of Basic Health Units in the municipality of Cuité - Paraiba, but only 110 were considered able to follow up the collection of data for meeting the inclusion criteria in this study. For data collection a structured interview guided by a questionnaire containing 32 objective questions covering sociodemographic, related to falls and welfare aspects variables was performed. For cataloging and analyzing the data we used the Software Word and Excel 2007 whose results were presented in the form of graphs and tables using descriptive statistics. **Results:** It was found that most falls occurred among married elderly (45,5 %) , female (73,6 %) , with training in basic education (97.3 %), family income than the minimum wage (67,3%) whose ages ranged from 70-79 years old (40,0 %). About 69.1 % reported having experienced one or two episodes of falls in the last three years which occurred mainly at home (48,0 %) and in the morning shift (59,1 %). About the ergonomic features of the environment, it was evident that the floor was dry met (54.5 %) had adequate lighting (86.4 %) and there were no objects that compromised locomotion (69,1 %). However, 98,2 % reported that there was no onsite security devices . About 64,5 % mentioned intrinsic factors present some visual disturbance, 82,7 % were taking medications and 16.4 % mentioned the presence of orthopedic problems during the episode drop. The femur fracture, abrasions and post- traumatic stress were the consequences mentioned most post- event. **Conclusion:** Based on these results we conclude that the occurrence of falls in the elderly is still quite frequent and that intrinsic and environmental factors continue excelling as likely responsible for the occurrence of falls among the elderly. It is necessary that health professionals are involved in preventing these events in order to minimize complications in this age group.

Keywords : Falls. Causes. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Evitar brinquedos pelo chão.....	28
Figura 2: Evitar a presença de animais soltos.....	28
Figura 3: Iluminação suficiente e adequada nos cômodos da casa.....	29
Figura 4 a e b: Evitar mobiliário em alturas inadequadas (a) , ou seja, deve-se assegurar uma ergonomia mobiliária compatível ao idoso (b)	29
Figura 5 a e b: A cama não deve ser baixa ou apresentar colchão muito flexível (a) , mas sim ter de 45 a 50 cm de altura, estando o colchão incluído nesta adequação ergonômica (b)	30
Figura 6: Utilizar calçados confortáveis com solados antiderrapantes.....	31
Figura 7 a e b: As escadas e os corredores não devem apresentar objetos soltos (a) . A escada deve ser iluminada, conter barras laterais e piso antiderrapante (b)	31
Figura 8: Evitar tapetes sem antiderrapantes.....	32
Figura 9 a e b: Os sanitários não devem ser baixos (a) . Devem conter barras laterais e conter altura ergonomicamente adequada (b)	32
Gráfico 1: Utilização de calçados, pelos idosos, durante a queda. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	45
Gráfico 2: Idosos que realizam atividade física regular. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	48
Gráfico 3: Idosos que fazem uso de medicações regularmente. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	49
Gráfico 4: Participação dos profissionais de saúde quanto à realização de orientações e visitas domiciliares quanto aos riscos ergonômicos na prevenção de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	51

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Fatores de riscos para ocorrência de quedas em idosos.....	24
Tabela 1: Distribuição de idosos segundo as características sócio-demográficas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	41
Tabela 2: Caracterização dos episódios de quedas em idosos quanto à frequência, horário e local de ocorrência. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	42
Tabela 3: Fatores extrínsecos relacionáveis à ocorrência de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	44
Tabela 4: Fatores intrínsecos relacionáveis com a ocorrência de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	46
Tabela 5: Repercussões físicas e/ou psicológicas e necessidade de hospitalização após a ocorrência da queda em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	50
Tabela 6: Conhecimento e interesse dos idosos quanto à obtenção de informações sobre a prevenção de quedas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
<i>1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa.....</i>	<i>12</i>
2 OBJETIVOS.....	15
<i>2.1 Objetivo geral.....</i>	<i>16</i>
<i>2.2 Objetivo específico.....</i>	<i>16</i>
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
<i>3.1 Quedas em idosos.....</i>	<i>18</i>
<i>3.1.1 Aspectos conceituais, epidemiologia e classificação.....</i>	<i>18</i>
<i>3.1.2 Fatores de risco determinantes para as ocorrências de quedas em idosos.....</i>	<i>21</i>
<i>3.1.3 Complicações físicas e psicológicas pós-quedas na população idosa.....</i>	<i>25</i>
<i>3.1.4 Assistência de enfermagem na prevenção de quedas em idosos.....</i>	<i>26</i>
4 METODOLOGIA.....	34
<i>4.1 Tipo de pesquisa.....</i>	<i>35</i>
<i>4.2 Participantes, local e duração da pesquisa.....</i>	<i>35</i>
<i>4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....</i>	<i>36</i>
<i>4.4 Análise dos dados.....</i>	<i>37</i>
<i>4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....</i>	<i>37</i>
<i>4.6 Financiamento da pesquisa.....</i>	<i>39</i>
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	62
ANEXOS.....	69



APÊNDICE A

“Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de Cuité – PB”

1 - Aspectos sociodemográficos

1. Idade: _____ (anos)

2. Gênero:

- a) () Feminino
b) () Masculino

3. Estado civil:

- a) () Casado(a)
b) () Solteiro(a)
c) () Desquitado(a)
d) () Viúvo(a)

4. Escolaridade:

- a) () Sem escolaridade
b) () Educação Infantil
c) () Ensino fundamental
d) () Ensino médio
e) () Ensino superior

5. Profissão: _____

6. Qual a renda familiar?

- a) () Menos de um salário mínimo
b) () Até um salário mínimo
c) () Mais de um salário mínimo

2 – Informações gerais sobre as quedas

7. Quantos episódios de quedas o Senhor(a) sofreu nos últimos 3 anos?

- a) () Um
b) () Dois
c) () Três
d) () Quatro
e) () Cinco
f) () Seis ou mais
g) () Nenhum

8. Qual o horário em que ocorreu a última queda?

- a) () Matutino
b) () Vespertino
c) () Noturno

9. Qual a atividade que o Senhor(a) desenvolvia durante este episódio?

10. O Senhor(a) sente medo ou receio em sofrer outras quedas futuramente?

- a) () Sim
b) () Não

11. Durante o episódio de queda o Senhor(a) morava com:

- a) () Sozinho(a)
b) () Família
c) () Amigos
d) () Companheiro(a)
e) () Outros: _____

12. O Senhor(a) estava acompanhado(a) quando sofreu a queda?

- a) () Sim
b) () Não

13. Onde ocorreu a queda?

- a) () Quarto
b) () Banheiro
c) () Sala
d) () Cozinha
e) () Área externa
f) () Outro _____

14. O episódio de queda ocasionou alguma complicação ou prejuízo para a sua saúde?

- a) () Sim. Qual? _____
b) () Não

15. Preciou ser hospitalizado devido à queda?

- a) () Sim
b) () Não

2.1 – Fatores Extrínsecos

16. Utilizava algum dispositivo durante a queda?

- a) () Sim. Qual? _____
b) () Não

17. Como se encontrava o piso na hora do episódio da queda?

- a) () Seco
b) () Molhado
c) () Encerado
d) () Acidentado
e) () Outro: _____

18. Você utilizava algum tipo de calçado durante o episódio de queda?

- a) () Sim. Qual? _____
b) () Não

19. No local do acidente havia objetos ou animais que atrapalhavam o trajeto?

- a) () Sim. Qual (ais)? _____
b) () Não

20. Havia boa iluminação no local do acidente?

- a) () Sim
b) () Não

21. Havia corrimão ou barra de apoio no local do acidente?

- a) () Sim
b) () Não

2.2 – Fatores Intrínsecos

22. O Senhor(a) apresenta algum problema visual?

- a) () Sim.
Há quanto tempo? _____
Qual? _____
b) () Não

23. O Senhor(a) apresenta algum problema auditivo?

- a) () Sim.
Há quanto tempo? _____
Qual? _____
b) () Não

24. O Senhor(a) faz uso de medicação(ões)?

- a) () Sim. Qual? _____
b) () Não

25. Durante o período que sofreu a queda o Senhor(a) apresentava alguma deformidade ou dificuldade motora?

- a) () Sim
b) () Não

26. O senhor(a) realiza atividade física de forma regular?

- a) () Sim
b) () Não

27. O senhor(a) apresenta alguma doença crônica?

- a) () Sim.
Há quanto tempo? _____
Qual? _____
b) () Não

2.3 Informações Assistenciais

28. O senhor(a) já recebeu orientações de algum profissional de saúde sobre como prevenir quedas?

a) () Sim:

1. () Médico(a)
 2. () Enfermeiro(a)
 3. () Fisioterapeuta
 4. () Assistente social
 5. () Psicólogo
 6. () Outro: _____
- b) () Não - **PASSE PARA AQUESTÃO 30**

29. Como foram estas orientações?

- a) () Exposição oral individual
- b) () Exposição oral coletiva
- c) () Materiais educativos
- d) () Outro: _____

30. Algum profissional de saúde já realizou visita no seu domicílio para orientá-lo quando a ergonomia funcional do ambiente?

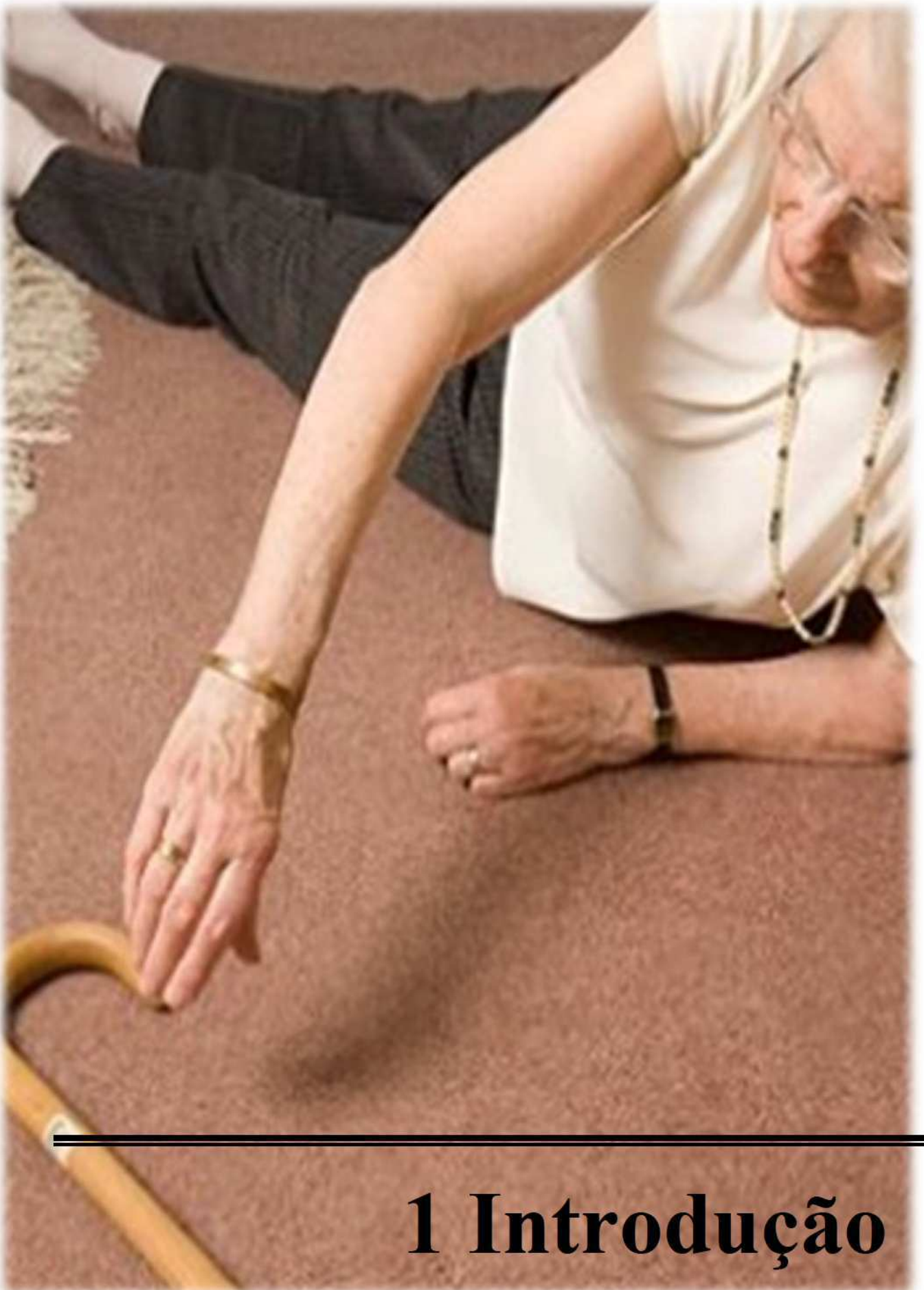
- a) () Sim
b) () Não

31. O Senhor(a) acha ter conhecimento adequado sobre como prevenir as quedas?

- a) () Sim
b) () Não

32. O Senhor(a) gostaria de obter mais informações sobre como prevenir as quedas por parte dos profissionais de saúde?

- a) () Sim
b) () Não



1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa

O crescente envelhecimento populacional pelo qual perpassa o mundo é um processo dinâmico, progressivo e complexo, que envolve modificações fisiológicas, bioquímicas e morfológicas, as quais podem ocasionar importantes repercussões na independência funcional e na qualidade de vida do indivíduo idoso (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Uma das consequências mais discutidas e percebidas durante o envelhecimento atualmente remete-se a suscetibilidade para a ocorrência de quedas e os riscos sofridos inerentes a esta injúria (NICOLUSSI et al., 2012).

A queda é definida como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade postural (MENEZES; BACHION, 2008). É considerado um problema de saúde pública, devido ao impacto ocasionado pela mesma na vida da pessoa idosa, sejam pelas graves morbidades, limitações funcionais e, principalmente, pelos elevados índices de mortalidade provenientes deste evento (MACIEL, 2010).

As quedas fazem parte das síndromes geriátricas que englobam as alterações de saúde mais comuns nos idosos. Estima-se que no âmbito mundial a incidência de quedas seja de 30% e 40% em idosos com mais de 65 anos e 80 anos, respectivamente. No Brasil, a ocorrência de quedas por faixa etária, a cada ano, atinge 32% dos idosos entre 65 e 74 anos, 35% de 75 a 84 anos e 51% acima de 85 anos (BENEDETTI et al., 2008). Siqueira et al. (2007) enfocam que, 30% dos idosos brasileiros caem ao menos uma vez ao ano, dos quais a metade de forma recorrente.

Em 2005 ocorreram 61.368 hospitalizações por quedas de pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, representando 2,8% de todas as internações de idosos no país e 54,4% das internações por todas as lesões neste grupo etário (RIBEIRO et al., 2008).

Corroborando os dados epidemiológicos mencionados anteriormente, Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004) enfocam que, nos últimos 20 anos, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas em todo o país, sendo 52% deles idosos, onde 39,8% tinham idade entre 80 e 89 anos. Para Maciel et al. (2010) verifica-se uma oscilação dos números absolutos de óbitos por quedas, sendo que os maiores coeficientes de mortalidade por este tipo de injúria foram verificados nos anos de 2004 e 2005, com 33,2 e 31,5/ 100.000 habitantes,

respectivamente, atingindo o seu valor mais baixo em 2000, com 20,6/100.000 habitantes. Salienta-se ainda que as maiores taxas foram encontradas, respectivamente, na região Sudeste (61%), Nordeste (15%), Sul (10%), Centro Oeste (10%) e Norte (4%) do país.

As quedas, comumente, têm etiologia multifatorial, sendo classificadas em fatores intrínsecos, isto é, que decorrem dos efeitos ocasionados pelo uso contínuo de fármacos e das alterações patológicas e fisiológicas inerentes ao envelhecimento humano; e extrínsecos, os quais dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. Apesar de haver uma possível sobreposição de alguns fatores sobre os outros, a maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interação complexa entre eles, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio e postura adequada (LOPES; VIOLIN; LAVAGNOLI, 2007).

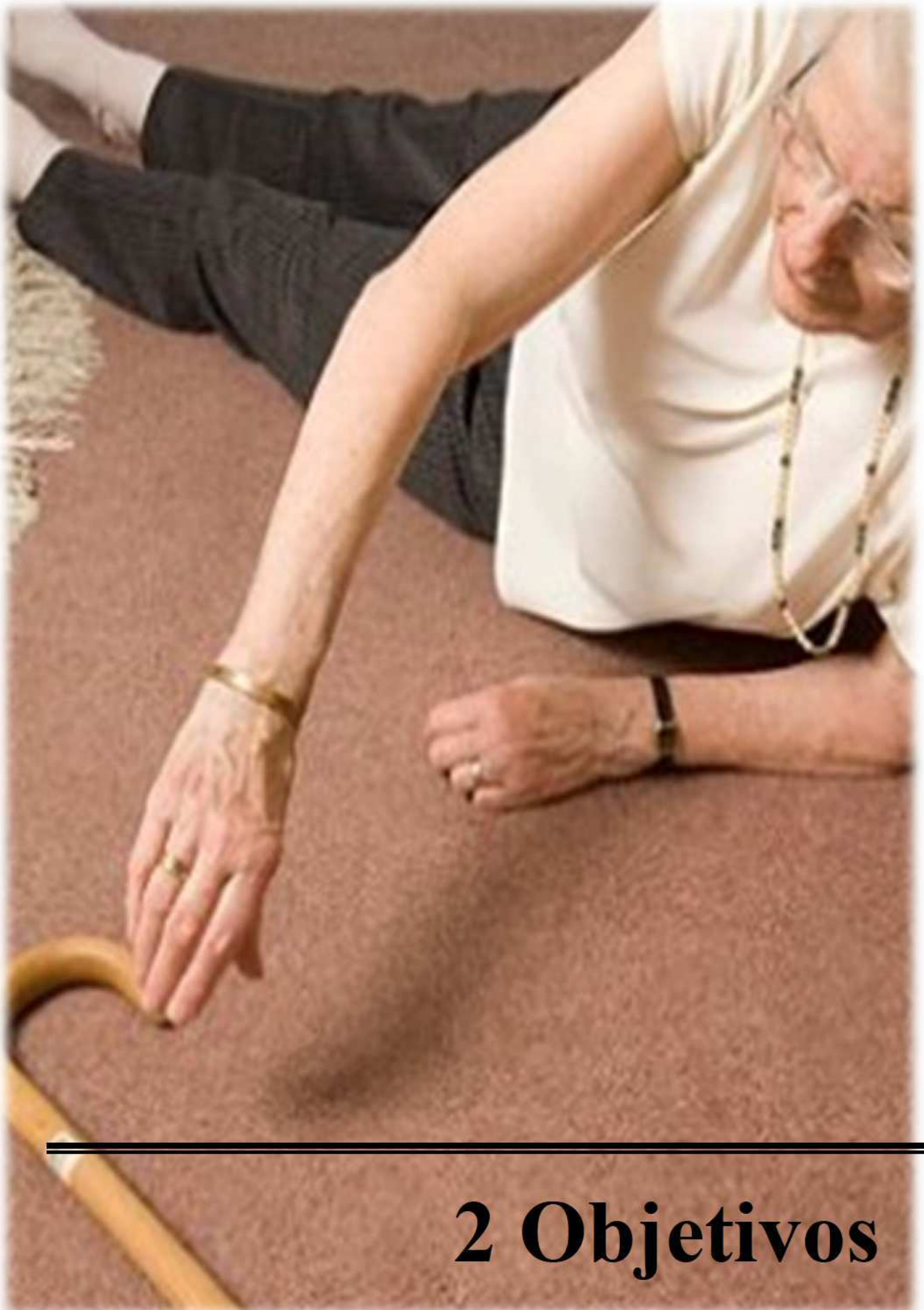
Evitar os episódios de quedas, considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos, torna-se uma conduta necessária e essencial para aqueles que atuam na prática geriátrica-gerontológica, sejam em hospitais, instituições de longa permanência ou na própria comunidade. Somado a isso, a prevenção de quedas constitui-se como uma política pública indispensável, não apenas para propiciar uma melhor condição de vida e saúde aos idosos e seus familiares, mas também para possibilitar uma menor sobrecarga dos gastos públicos com tratamentos que exigem montantes significativos, os quais poderiam ser revertidos para outros fins.

Contudo, para que ações sejam melhor implementadas, torna-se necessário, a priori, identificar os agentes causais que desencadeiam estes eventos. Nesta perspectiva, buscou-se responder o seguinte questionamento: Quais os fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos relacionados com a ocorrência de quedas em idosos do município de Cuité-PB?

A motivação em abordar sobre a temática em questão intensificou-se durante a vivência na disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso somada ao contato pessoal com a população idosa e seus familiares, instigando-me em aprofundar sobre o assunto para uma maior agregação de saberes e aplicabilidade futura durante atuação profissional de ações que envolvam os aspectos abordados. Ademais, na região ainda não existem dados oficiais que evidenciam a realidade sobre a temática proposta.

Acredita-se que, a partir da realização do estudo em tela haverá uma significativa contribuição para a comunidade docente, discente e demais profissionais da área da saúde, identificando os fatores de riscos que favorecem aos episódios de quedas entre a população idosa, a fim de melhor compreendê-los e ofertar subsídios para a implementação de uma

assistência qualificada baseada em evidências. Atrelado a isso, almeja-se subsidiar futuras pesquisas que abordem a temática proposta como foco centralizador.



2 Objetivos

Na perspectiva de obtermos um maior aprofundamento acerca da temática em questão elencamos os seguintes objetivos:

2.1 Geral:

-Identificar a frequência de quedas e os fatores de risco prevalentes entre os idosos do município de Cuité-PB.

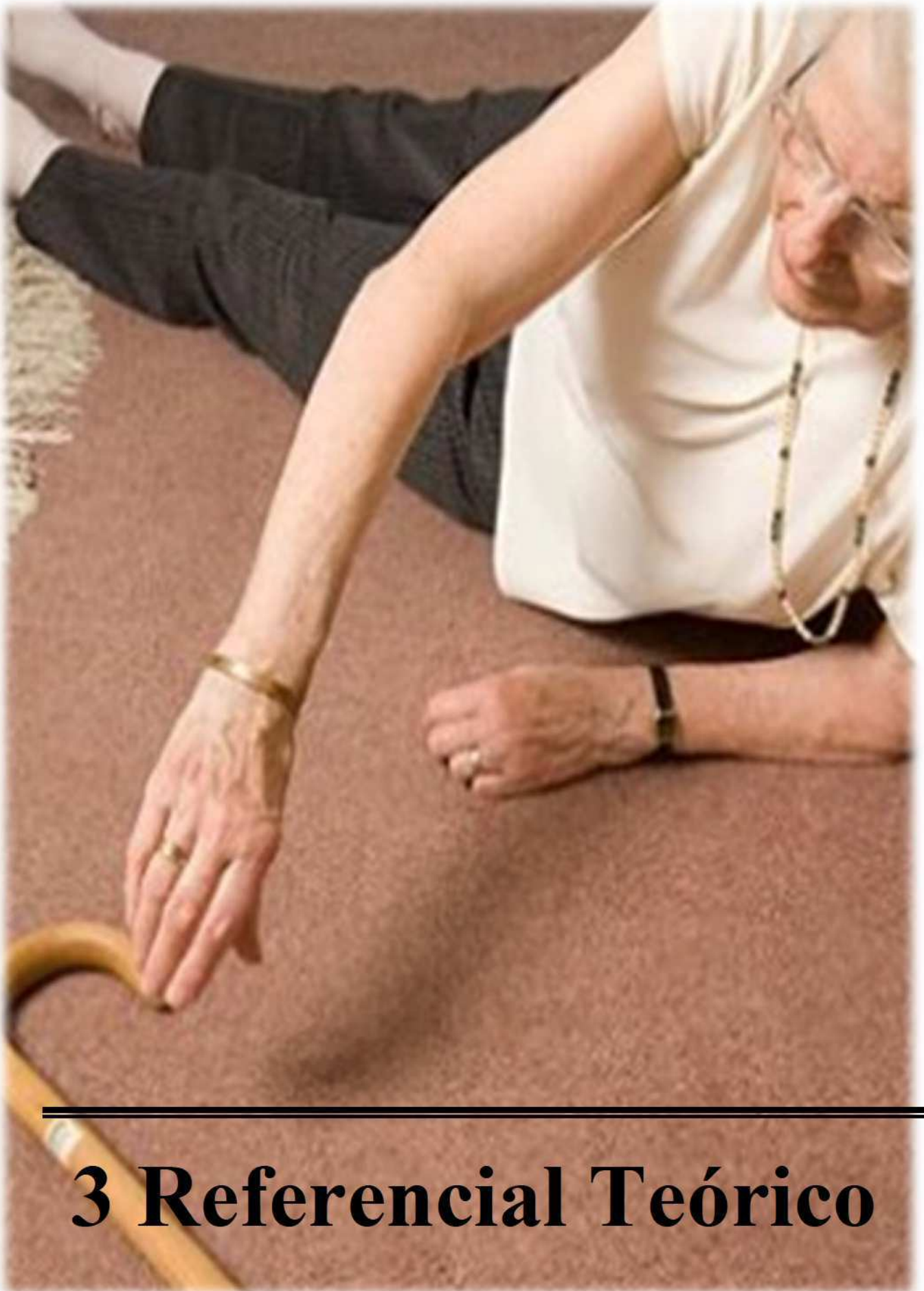
2.2 Específicos:

-Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sóciodemográficos;

-Verificar a influência dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para a ocorrência das quedas entre os idosos;

-Identificar as consequências físicas e psicológicas das quedas entre os idosos;

-Avaliar a participação dos profissionais de saúde quanto à prevenção de quedas entre os idosos.



3 Referencial Teórico

3.1 QUEDAS EM IDOSOS

3.1.1 Aspectos conceituais, epidemiologia e classificação

O envelhecimento populacional tem sido um dos eventos mais marcantes para as sociedades atuais, ocorrendo de maneira constante em todos os continentes. O Brasil apresenta dados epidemiológicos de envelhecimento populacional impactantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, a população brasileira era de aproximadamente 191 milhões de habitantes, desses cerca de 21 milhões eram considerados idosos, o que equivale a 10,8% da população total (BRASIL, 2012).

Entende-se por envelhecimento populacional a mudança na faixa etária da população, no que se refere ao aumento do número de pessoas acima de determinada idade, vista como definidora do início da velhice. No Brasil, é considerado idoso, aquele que tiver idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2010).

Segundo Freitas, Cançado e Gorzoni (2006) o envelhecimento é um processo dinâmico, natural e complexo, o qual envolve importantes modificações fisiológicas, sociais, bioquímicas e também psicológicas que muitas vezes podem estar associados a processos patológicos que comprometem significativamente a sua qualidade de vida e a independência funcional dos idosos. Nesta perspectiva, uma das consequências mais discutidas e percebidas durante o envelhecimento atualmente relaciona-se a suscetibilidade para a ocorrência de quedas.

Esta última é definida como deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (MENEZES;BACHION,2008). Shumway-cook e Woollacott (2003) corroboram este conceito enfocando que a mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial pode resultar de uma força externa sem precedência de perda da consciência.

A queda é considerada um problema de saúde pública em muitos países devido ao impacto ocasionado na vida da pessoa idosa, seja pelas graves morbidades, hospitalização prolongada e principalmente pelos elevados índices de mortalidade provenientes deste evento (RIBEIRO et al., 2008). De acordo com Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), a queda ocasiona importantes alterações na capacidade funcional, interferências na autonomia e na

independência funcional acarretando aos idosos a necessidade de cuidados e auxílio de terceiros para realização de atividades rotineiras.

Apesar do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2007, ter lançado um comitê para a prevenção da osteoporose e quedas em pessoas da terceira idade, com o intuito de apoiar as políticas públicas voltadas para esta questão, as estatísticas quanto à ocorrência deste tipo de injúria ainda continuam bastante elevados (BRASIL, 2010).

Estima-se que no Brasil, cerca de 30% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos sofrem um evento de queda a cada ano. Na América Latina, o país é enquadrado como o que mais tem evidenciado o aumento no número de pessoas caídas que fazem parte da terceira idade. Ademais, um dado que merece atenção é que, metade dos idosos que caem, são recidivantes (MESSIAS; NEVES, 2009).

Levantamentos estatísticos realizados apontam que 30% a 60% dos cidadãos da comunidade com mais de 65 anos cai ao menos uma vez por ano e metade apresenta quedas múltiplas. Destes registros, cerca de 40% a 60% levam a algum tipo de lesão, sendo 30% a 50% de menor gravidade, 5% a 6% injúrias mais graves e 5% de fraturas. Destas últimas, as mais comuns são as vertebrais, de fêmur, úmero, rádio distal e costelas. A incidência bruta de fraturas do fêmur em mulheres com 70 anos ou mais é de 90,2/10.000 e nos homens é de 25,4/10.000 (BUKSMAN et al., 2008).

Conforme os referidos autores, os idosos que já incorreram em queda apresentam uma probabilidade maior para cair novamente em torno de 60% e 70% no ano seguinte. Cerca de 20% a 30% dos caídores que sofreram alguma lesão, apresentaram redução da mobilidade, da independência e aumento do risco de morte prematura.

É importante ressaltar que a expressão conhecida como “idoso caído”, faz referência ao indivíduo que passa pela experiência de sofrer duas ou mais quedas e que, de fato, encontra-se mais predisposto a novos episódios recorrentes, devido à ação de fatores intrínsecos e extrínsecos que o cercam diariamente (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

Ricci, Gazzola e Coimbra (2009) trazem dados que dão conta que cerca de um terço das pessoas acima de 65 anos que vivem na comunidade caem todos os anos e esta fração aumenta para metade naqueles acima dos 80 anos. Estas informações se assemelham às observadas em levantamentos populacionais brasileiros em que a prevalência das quedas em idosos esteve em torno de 31% e 35% (SIQUEIRA et al., 2007). Entretanto, mesmo as quedas que não acarretam risco de morte e injúrias, trazem prejuízos à saúde do idoso, isto porque a queda é um evento com consequências psicossociais, no qual o medo de cair novamente

resulta em isolamento social e restrição nas atividades que levam à incapacidade física e mental (PERACINI; RAMOS, 2002).

Assim, o conhecimento dos elementos multifatoriais relacionados ao equilíbrio que possam fazer parte do processo de reabilitação a fim de impedir as quedas, exerce um papel fundamental na reabilitação da capacidade funcional do idoso, baixando os custos oriundos das internações e incapacidades decorrentes destes eventos. Acrescenta-se, ainda, que os idosos que passam por quedas não são capazes de manter o controle postural da mesma forma quanto comparados àqueles que nunca caíram. Porém, mesmo os idosos que nunca sofreram quedas frequentes, estes admitem ter dificuldade em manter-se equilibrados e estáveis (ANDRADE et al., 2011).

Sobre o predomínio em relação ao gênero, Freitas, Cançado e Gorzoni (2006) enfocam que as mulheres tendem a cair mais que os homens, pelo menos até os 75 anos de idade. Após esta faixa de idade, os resultados são semelhantes em ambos os sexos. Outro aspecto também evidenciado pelos autores refere-se à elevação destes percentuais em idosos não comunitários, ou seja, que estejam institucionalizados ou que se encontram hospitalizados. Apesar da hipótese de que estes ambientes sejam mais protegidos o índice de quedas pode chegar a 50%.

Todavia, Silva (2007) alerta que o ambiente domiciliar ainda continua sendo o principal local para quedas, principalmente durante a execução das atividades de vida diária (AVD). Este risco é ainda maior quando se trata de idosos que vivem sozinhos.

Sobre os locais mais comuns para a ocorrência de quedas Webber (2004, p. 18) enfoca que:

Aproximadamente 65% das mulheres e 44% dos homens caem dentro de casa, e cerca de 25% dos homens e 11% das mulheres, no jardim de suas residências. A maior parte das quedas ocorre em horas de atividade máxima do dia e 20% ocorrem à noite. Nos meses de inverno e dias mais frios há um aumento da incidência de quedas e fraturas em mulheres.

As quedas podem ser classificadas a partir da frequência com que acontecem e também de acordo com o tipo de consequência proveniente do episódio. Assim, a *queda acidental* é aquela resultante de um evento único, decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo e que dificilmente voltará a se repetir. Em contrapartida a *queda recorrente* se expressa, principalmente, pela relação com os fatores etiológicos intrínsecos relacionados ao indivíduo (PERACINI, 2009).

Segundo o mesmo autor, a queda pode ser ainda classificada, segundo a presença ou não de lesões, como *graves ou leves*. As primeiras requerem atenção especial devido aos

elevados índices de morbimortalidade, as quais podem ocasionar nesta população. Por fim, existe ainda a classificação deste evento de acordo com o tempo de permanência no chão, ou seja, existe a *queda prolongada e não prolongada*. Na queda prolongada o idoso permanece caído entre 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda. Comumente, os idosos que são mais predisponentes a sofrerem quedas prolongadas são aqueles a partir dos 80 anos, que apresentam fazem uso de sedativos, apresentam disfunções em membros inferiores, moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados.

Pelo exposto, constata-se que as quedas entre pessoas idosas constituem a principal etiologia de morte acidental em pessoas idosas e um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, complicações para a saúde do idoso e aos altos custos assistenciais (BUKSMAN et al., 2008).

3.1.2 Fatores de risco determinantes para as ocorrências de quedas em idosos

As causas das quedas relacionam-se a múltiplos fatores, os quais estão agrupados em intrínsecos ou internos e extrínsecos ou de ordem externa. Dentre os primeiros incluem-se as alterações fisiológicas, os distúrbios patológicos e os efeitos adversos de medicamentos. Em relação aos extrínsecos, encontram-se como os mais mencionados na literatura os aspectos ergonômicos inadequados no ambiente (HARGREAVES, 2006). Entretanto, é importante enfatizar que apesar da influência singular de cada um dos fatores acima mencionados, grande parte das ocorrências resulta da interação múltipla entre eles (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMAN, 2006). A seguir, esses fatores serão discutidos de forma resumida, a fim de ampliar a compreensão acerca de sua influência nos episódios de quedas.

- **Fatores intrínsecos que predisõem a ocorrência de quedas em idosos:**

As alterações fisiológicas do envelhecimento são consideradas aspectos importantes que favorecem a ocorrência das quedas. Uma delas remete-se as alterações no sistema musculoesquelético. A massa muscular diminui à medida que a idade aumenta, ocorrendo perda de força em cerca de 30 a 40% por volta dos 60 anos. A perda de massa e força muscular compromete a mobilidade e a agilidade, facilitando a ocorrência das quedas entre os idosos (NUNES; FERRETI; SANTOS, 2012).

Outro fator proveniente das alterações fisiológicas do envelhecimento e que favorece a ocorrência de quedas neste público refere-se às alterações posturais devido às alterações

ostearticulares. A partir dos 40 anos, a estatura começa a ser reduzida em torno de um centímetro por década. Isso se deve à redução dos arcos plantares, ao aumento da curvatura da coluna vertebral, à redução do volume dos discos intervertebrais, o que, por sua vez, ocorre porque o volume de água do corpo diminui através de perda intracelular. As mudanças decorrentes do avanço da idade manifestam-se principalmente no plano sagital e incluem algumas características, como o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do tronco para diante, acima dos quadris. Essa inclinação para frente favorece ao desequilíbrio e compromete as reações de equilíbrio e endireitamento, facilitando a queda no idoso (SILVEIRA et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, outros aspectos que favorecem as alterações na postura envolvem a alteração no disco intervertebral e a modificação na arquitetura ou na sua densidade óssea.

Segundo Valim-Rogatto, Candolo e Brêtas (2011), as alterações mencionadas associadas ao sedentarismo podem potencializar ainda mais as quedas. A falta de atividade física pode acarretar importante disfunção músculo-esquelética caracterizada por acentuar a hipotrofia muscular.

O sistema sensorial e, particularmente, o visual, constitui um dos mais acometidos pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, sendo considerado também um relevante fator para a ocorrência das quedas nesta população. Idosos com baixa acuidade visual tendem a apresentar déficit de controle postural, comprometimento funcional e maior risco de quedas. Cabe destacar que a catarata é uma das doenças oculares de maior prevalência em idosos, levando a uma diminuição na acuidade visual, na sensibilidade ao contraste e na percepção de cor. Quando associada a pouca iluminação ambiental, favorece aos escorregões em superfícies irregulares do chão do ambiente (MENEZES; BACHION, 2012).

De acordo com Macedo et al.(2008), as doenças oftalmológicas relacionadas à idade aumentam numericamente em países industrializados, devido ao envelhecimento populacional. A catarata, a degeneração macular relacionada à idade e o glaucoma estão entre as doenças oftalmológicas mais frequentes nos idosos e que também podem potencializar os episódios de quedas.

Os déficits cognitivos, mesmo que discretos, tanto pela evolução fisiológica do envelhecimento quanto por origem patológica, pode aumentar o risco de queda por levá-los muitas vezes a se engajarem em atividades arriscadas, acarretando acidentes (BUKSMAN, 2008). Segundo o referido autor, outras doenças crônicas de origem diversas, como as

ortopédicas - (a espondilose cervical) -, que pode provocar tontura e desequilíbrio, e problemas nos pés, como deformidades, úlceras e dor ao caminhar, que também contribuem para a gênese da queda.

As medicações são tidas como outro fator de risco intrínseco para as quedas entre os idosos, uma vez que a utilização de fármacos para o controle de enfermidades ligadas ao metabolismo, como o diabetes podem ser um fator desencadeador para acidentes desta natureza, uma vez que leva à maior frequência de micção, gerando noctúria, o que faz, por conseguinte, com que o idoso se levante mais vezes durante a noite. Ademais, determinados tipos de medicações ou a combinação deles podem minimizar as funções motoras, acarretar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural, gerando uma limitação funcional do indivíduo (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Assim como estes, outros fatores de ordem interna estão relacionados à predisposição de quedas em idosos. Desse modo, é muito importante que possamos ter conhecimento sobre os reais fatores que podem contribuir para estes eventos a fim de ofertarmos orientações quanto às medidas preventivas a fim de minimizarmos os índices e as possíveis complicações provenientes destes eventos.

- **Fatores extrínsecos que predispõem a ocorrência de quedas em idosos:**

Para Gregg, Pereira e Casperen (2000), o envolvimento dos fatores de risco ambientais chega a ser responsável por até 50% das ocorrências de quedas entre os idosos da comunidade. Pode-se mencionar como principais fatores envolvidos: iluminação inapropriada reduzindo a capacidade de enxergar no idoso, superfícies lisas, tapetes, degraus altos ou estreitos, obstáculos no percurso como móveis inadequados e a presença de animais de estimação, falta de corrimãos em corredores e banheiros, ergonomia inadequada do ambiente, roupas e sapatos inadequados, via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades bem como órteses inadequadas.

Com efeito, o domicílio do idoso é considerado o local mais frequente de quedas. As iniciativas tomadas, imediatamente depois da queda, traduzem atividades de autocuidado necessários, mas que também devem ser adotadas previamente ao evento como medidas preventivas (SILVA, 2007).

Neste ínterim, considera-se ideal e satisfatório para o idoso aquele ambiente externo que lhe oferece segurança plena, comodidade, conforto pessoal e que, de fato, permita sua interação com a sociedade, ou seja, um ambiente que seja de extrema familiaridade para sua

vivência diária. No ambiente domiciliar a situação não difere muito, tendo em vista que se deve prezar prioritariamente pela segurança de vida do idoso, por isso a importância de se fazer adequações na mobília, reajustar os móveis e acessórios de quarto, banheiro, cozinha, sala, área de lazer, e afins; mas sempre respeitando-o, no sentido de que essas alterações devem ser consentidas pelo idoso, levando em consideração que determinados objetos ou adereços apresentam um valor afetivo muito alto e que tem de ser respeitado quando feita a reorganização do local (MESSIAS; NEVES, 2009).

No **Quadro 1**, encontram-se listados resumidamente os principais fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a ocorrência de quedas em idosos:

FATORES INTRÍNSECOS	FATORES EXTRÍNSECOS
<ul style="list-style-type: none"> -Distúrbios musculares; -Hipotensão postural; -Disfunções visuais; -Disfunções auditivas; -Disfunções osteoarticulares; -Disfunções neurológicas; -Disfunções cognitivas; -Uso de medicamentos; -Déficit de equilíbrio; -Deformidade dos pés; -Sedentarismo; -Disfunções cardiopulmonares -Disfunções Geniturinárias; -Osteoporose, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pisos irregulares, desnivelados, molhados, etc; -Tapetes soltos pelo chão; -Calçados inadequados; -Obstáculos pelo caminho a exemplo de fios elétricos, brinquedos e animais; -Mobiliário em locais inadequados; -Iluminação deficitária; -Altura da cama, cadeiras ou vasos sanitários inadequados; -Inexistência de corrimão em escadas e corredores ou ambientes que ofertem perigo; -Objetos de uso frequente colocados em locais muito altos, baixos ou de difícil acesso, etc.

Quadro 1: Fatores de riscos para ocorrência de quedas em idosos. Fonte: BRASIL (2006).

3.1.3 Complicações físicas e psicológicas pós-queda na população idosa

As consequências das quedas variam desde lesões físicas, comprometimentos psicológicos até o óbito. Os principais problemas de saúde incluídos neste processo e mais comumente mencionados nos achados literários relacionam-se a ocorrência de traumatismos cranianos, lesões cutâneas graves e fraturas de membros, especialmente dos inferiores (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; SILVA, 2007).

No Brasil, em 2000, as mortes de cidadãos com idade de 60 anos ou mais representaram 11,4% do total de óbitos por causas externas, incluindo os episódios de quedas. Relativamente à morbidade, as quedas ficaram em primeiro lugar, entre as internações. As lesões foram responsáveis por 68,3% de fraturas, em especial às do fêmur (GAWRYSZEWSKY; JORGE; KOIZUMI, 2004).

Lesões de tecidos moles, dor, fraturas e hematomas, hospitalização, complicações causadas pela imobilidade, diminuição da mobilidade em consequência de lesões físicas e associadas ao medo, depressão, restrições de marcha, risco de institucionalização são os principais sofrimentos acarretados. As fraturas, a progressão das dificuldades nas tarefas cotidianas e dependência para realização dessas mesmas tarefas, são consideradas as principais consequências das quedas (SILVA, 2007).

De acordo com Bonardi, Souza e Moraes (2007), a locomoção é imprescindível para a execução de atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Assim, posteriormente à queda, a capacidade funcional do idoso pode estar diminuída, demonstrando, em decorrência, um grau de dependência maior. Conforme é revelado no estudo de Santos (2008), entre os idosos que sofreram quedas, 40% tem algum tipo de alteração na mobilidade física. A diminuição na independência do idoso gera complicações para ele e a família, que precisa de condições variadas para a observância dos cuidados essenciais. Estas necessidades vão desde aspectos materiais, emocionais aos de conhecimentos específicos.

As quedas trazem, via de regra, não somente os danos físicos, mas também o medo de novas quedas, o de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, apresentar declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas, etc. Isto é, sofrem com as quedas e com as suas consequências imediatas e amargam em longo prazo o medo dos episódios se repetirem. E este receio paralisante pode interferir na realização de atividades da vida diária, ou seja, esse temor pode trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, pode-se citar como exemplos a diminuição da autonomia e independência para AVD – (autocuidado,

mobilidade, alimentação, higiene pessoal) e AIVD (ir às compras, gerenciar seu próprio dinheiro, usar o telefone, etc), diminuindo, por conseguinte, as atividades sociais e ampliando o sentimento de fragilidade e insegurança (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

As quedas frequentemente apresentam repercussões psicológicas que são tão ou mais importantes que as consequências físicas (MAIA et al., 2011). Para os autores, a síndrome pós-queda se manifesta como consequência psicológica, tão logo a posição ereta seja assumida, caracterizada por um notório temor de cair. Esses sujeitos têm histórias anteriores de quedas e, não raras às vezes, permaneceram no chão por mais de uma hora. Observa-se uma grande hesitação, ansiedade e irregularidade nas tentativas de deambulação.

3.1.4 Assistência de enfermagem na prevenção de quedas em idosos

Como discutido anteriormente a queda é decorrente de uma série de fatores, com isso a prevenção deve ser realizada considerando a influência dos aspectos de ordem externa e interna. Este evento acaba configurando uma realidade muito presente na vida do idoso, visto que a independência, a autonomia e a capacidade funcional são impreterivelmente prejudicadas e, logo, as atividades de vida diária, sejam elas as básicas, intermediárias ou avançadas, também sofrerão suas modificações. Nesse contexto, é importante que toda a equipe de enfermagem esteja atenta em desenvolver ações e estratégias que evitem consideravelmente a incidência de quedas nesse grupo (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

Como já citado em outro momento, avaliar o ambiente onde o indivíduo reside facilita consideravelmente a redução dos índices de quedas, uma vez que os fatores extrínsecos não sendo organizados da maneira correta, passam a contribuir ativamente para este processo. Um local seguro, confortável, bem ventilado, com temperatura agradável, iluminação adequada, ausência de ruídos ou de quaisquer eventos estressantes, mobília compatível às necessidades, pisos e tapetes antiderrapantes são alguns dos cuidados que o enfermeiro (a) deve repassar para o idoso, familiares e cuidadores (MENEZES; BACHION, 2012).

Infelizmente, na maioria das situações, as notificações que são feitas nos prontuários dos hospitais não apresentam uma riqueza de informações acerca de como as quedas aconteceram, em que período, o que ocasionou, etc., o que dificulta enormemente a desenvoltura do papel do enfermeiro e da sua equipe, pois não tem subsídios suficientes para a elaboração de medidas preventivas, desta forma, não se sabe ao certo se o direcionamento

das medidas de prevenção devem ser voltadas para o ambiente (caso esse tenha sido o fator mais evidente para a queda) e/ou se deve ser feito no idoso, no que diz respeito à mudança no estilo de vida.

Prevenir quedas é uma tarefa de suma importância, haja vista as graves consequências do processo de cair como aludido anteriormente. Apesar de relevante, a evidência da eficácia de intervenções preventivas ainda são restritas. Embora pareça que o risco de cair seja redutível, não está claro quais idosos irão se beneficiar dos programas de prevenção e quais estratégias de intervenção são mais efetivas e mais factíveis em termos de custos, adesão e aplicação (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

A intenção das ações educativas junto à população idosa é criar condições para incentivar a prática do autocuidado, estabelecendo relações entre o autocuidado com a saúde e o ambiente. É importante identificar as deficiências presentes no idoso antes e após a queda, para definir e avaliar a implementação das estratégias educacionais, necessárias à manutenção da saúde (SILVEIRA et al., 2010).

Neste contexto, a assistência da enfermagem, no que tange a realização de ações preventivas, é essencial. Por isso, é primordial que o enfermeiro compreenda o significado da promoção da saúde da pessoa idosa e sua relação com a qualidade de vida. Intervir nos fatores de riscos identificáveis e mencionados anteriormente é fundamental para a prevenção dos episódios de quedas sejam elas recidivantes ou não. Por isso, é muito importante que o profissional da enfermagem tenha conhecimento sobre quais são os fatores facilitadores para essa predisposição em dada população para que sequencialmente possa implementar ações promocionais com enfoque na educação em saúde (SMELTZER; BARE, 2008).

Segundo os mesmos autores, orientações e medidas preventivas podem ser adotadas com vistas a minimizar esses eventos, sejam elas para os fatores internos como os externos. Para os primeiros elencam-se: orientar quanto à realização de atividade física mantendo uma boa força muscular e bom equilíbrio corporal; manter visita ao oftalmologista regularmente para se certificar que está enxergando normalmente; não usar medicações sem orientação médica; manter-se ativo, evitando o sedentarismo assim como o consumo de álcool.

Em relação aos extrínsecos, segundo Queiroz, Coutinho Filho e Coutinho (2008), enfatizam que o enfermeiro oriente não apenas o idoso, mas também os familiares e cuidadores principalmente quanto à ergonomia do ambiente doméstico, a fim de adequá-lo para que se torne mais seguro e funcional. Algumas dessas medidas encontram-se elencadas e ilustradas a seguir:

❖ Os Pisos devem ser planos, de material antiderrapante, nivelado e que proporcione ao idoso segurança ao caminhar;

❖ Deve-se evitar a presença de tapetes soltos pela casa, fios atravessados no caminho, brinquedos ou outros objetos espalhados ao chão (**Figuras 1 e 2**);



Figura 1: Evitar brinquedos pelo chão. **Figura 2:** Evitar a presença de animais soltos.

FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).

❖ Os cômodos da casa devem ter uma boa iluminação, ou seja, as luzes devem ser claras o suficiente para compensar a limitação da visão e devem também ser livres de reflexos e brilhos (**Figura 3**);



Figura 3: Iluminação suficiente e adequada nos cômodos da casa.

FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009)

❖ A mobília deve ser colocada em locais que não atrapalhem o caminho do idoso e as quinas devem ser protegidas. Os armários devem ficar em altura de fácil acesso para o idoso, para que esse não precise subir em nada para alcançar seu interior (**Figuras 4 a e b**). A cama deve ter de 45 a 50 cm de altura incluindo o colchão, de modo que a pessoa sentada na beirada, consiga apoiar os pés no chão, evitando assim acidentes ao se levantar (**Figura 5 a e b**);



Figura 4 a e b: Evitar mobiliário em alturas inadequadas (a), ou seja, deve-se assegurar uma ergonomia mobiliária compatível ao idoso (b).

FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).



Figura 5 a e b: A cama não deve ser baixa ou apresentar colchão muito flexível **(a)**, mas sim ter de 45 a 50 cm de altura, estando o colchão incluído nesta adequação ergonômica **(b)**.
 FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).

- ❖ Os objetos de uso pessoal do idoso devem ser colocados em local de fácil acesso, de modo que o idoso não precise transpor obstáculos para alcançá-los;
- ❖ Calçados e roupas os calçados devem ser confortáveis e ter solados antiderrapantes e sem saltos, pois podem proporcionar o seu desequilíbrio e dificuldade para deambular **(Figura 6)**. As roupas devem ser confortáveis e não devem ser muito compridas arrastando ao chão, pois pode tropeçar na barra e se desequilibrar;
- ❖ Telefone e números de auxílio devem estar visíveis para o uso do idoso em caso de necessidade, se esse tiver autonomia para utilizá-lo;

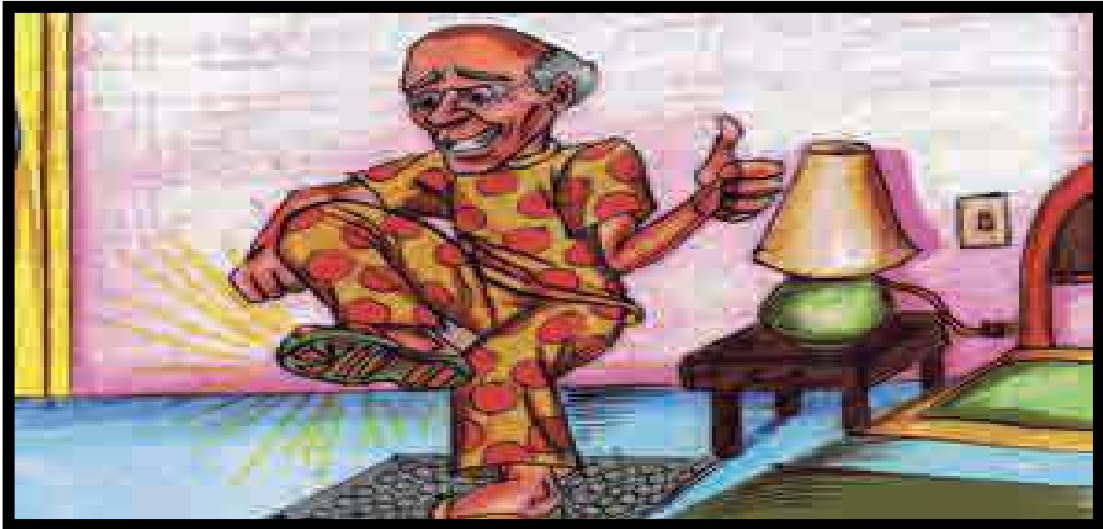


Figura 6: Utilizar calçados confortáveis com solados antiderrapantes.
 FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).

- ❖ Medicamentos as medicações devem ficar em locais de fácil acesso, o idoso deve ser orientado quanto aos horários e dose corretos.
- ❖ As escadas e corredores devem ter corrimãos para que o idoso possa se apoiar ao deambular. As escadas devem ser revestidas com material antiderrapante e nos corredores deve ter lâmpada no início e no fim, assim como interruptores luminosos que facilitem ao idoso a sua localização, já que muitos apresentam redução visual (**Figura 7 a e b**);



Figura 7 a e b: As escadas e os corredores não devem apresentar objetos soltos (**a**). A escada deve ser iluminada, conter barras laterais e piso antiderrapante (**b**).
 FONTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).

- ❖ Os assentos das cadeiras devem ter uma altura adequada e serem equipados de apoiadores para braços, auxiliando assim na transferência do idoso;
- ❖ No banheiro as portas devem ser amplas; os pisos devem ser antiderrapantes mesmo quando úmidos (**Figura 8**); o vaso sanitário deve ter altura adequada ao idoso e com apoios laterais (**Figuras 9 a e b**); os boxes devem ter barras de apoio para durante o banho o idoso se sentir seguro; não devem existir soleiras com nível acima do piso para evitar riscos de tropeços;



Figura 8: Evitar tapetes sem antiderrapantes.

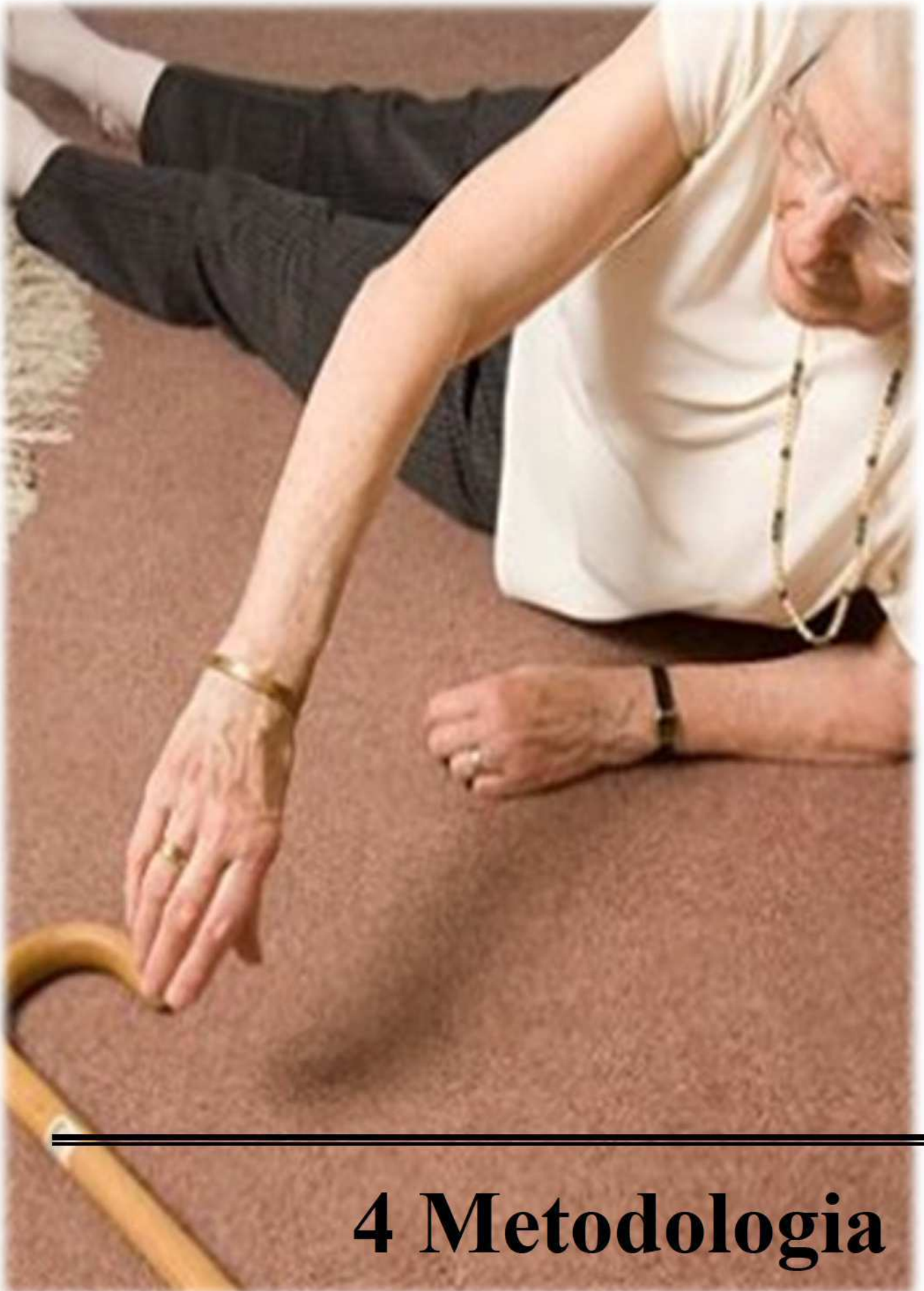
FORNTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).



Figura 9 a e b: Os sanitários não devem ser baixos (**a**). Devem conter barras laterais e conter altura ergonomicamente adequada (**b**).

FORNTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (2009).

De acordo com Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004) a queda em idosos é um tema muito valorizado pela gerontologia e uma fonte de preocupação aos pesquisadores dessa área, principalmente quando pessoas denominam esse evento como sendo normal e próprio do processo de envelhecimento. Neste sentido, é imprescindível que todos os profissionais envolvidos nesta assistência estejam comprometidos com uma qualidade do cuidado prestado assim como com as orientações ofertadas e necessárias para a população alvo deste processo, ou seja, os idosos, cuidadores e seus familiares.



4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo é do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva é aquela que tem por objetivo estudar as características de um grupo ou fenômenos entre as variáveis.

Sobre a abordagem quantitativa Minayo (2009) menciona que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Segundo Eco (2002) a abordagem quantitativa é utilizada quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema. Segundo o mesmo autor o instrumento para a coleta de informações é estruturado e os resultados são extrapolados para o universo, onde todos os componentes devem ter a chance de participar da amostra.

4.2 Participantes, local e duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cuité – PB, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba, especificamente na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Esta, conta com nove unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro na zona rural e cinco na zona urbana, sendo nesta última onde se procederá a pesquisa. Fazem parte da zona urbana as USF com seu respectivo quantitativo de idosos: Abílio Chacon (560 idosos), Ezequias Venâncio (480 idosos), Luiza Dantas de Medeiros (435 idosos), Diomedes Lucas de Carvalho (460 idosos) e Raimunda Domingos de Moura (380 idosos).

Atualmente, o número de idosos cadastrados na rede de Atenção Primária à Saúde da zona urbana do município de Cuité são de 2.315, caracterizando a população alvo da pesquisa. A amostra, entretanto, envolveu 250 idosos cadastrados na (ESF), zona urbana, sendo 50 provenientes de cada uma das (USFs) mencionadas. O cálculo amostral respaldou-se na fórmula estatística (SANTOS, 2008) utilizada para pesquisas com amostragem aleatória simples, explicitada a seguir, o qual considerará um erro amostral de 5%, nível de confiança de 90% e percentual máximo de 50%.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: **n:** amostra calculada; **N:** população; **Z:** variável normal padronizada associada ao nível de confiança; **p:** verdadeira probabilidade do evento; **e:** erro amostral.

A escolha do cenário da pesquisa ocorreu em virtude da viabilidade de acesso ao local (**ANEXO A**) e pela ESF possuir o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, incluindo o público de idosos, viabilizando o acompanhamento dos mesmos em diversos aspectos da assistência, inclusive na educação em saúde com temáticas diversas como a prevenção de quedas e acidentes.

A seleção dos participantes ocorreu de maneira aleatória, já que se trata de uma pesquisa não probabilística, sendo entrevistados durante o atendimento do Hiperdia enquanto aguardavam na sala de espera das USF's.

A coleta de dados teve duração de três meses (Outubro de 2013 a Janeiro de 2014), sendo as entrevistas realizadas nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h) conforme os dias de atendimento do Hiperdia.

De modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão os quais seguem:

4.2.1 Critérios de Inclusão:

- Idosos devidamente cadastrados nas USF's da zona urbana;
- Idosos que tenham sofrido queda(s) nos últimos três anos.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

- Idosos com déficit cognitivo;
- Idosos que residam em instituições de longa permanência;
- Idosos que se recusem em participar da pesquisa.

4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante entrevista individual estruturada que foi norteadada por meio de um instrumento de coleta (**APÊNDICE A**), o qual foi composto por 32 questões objetivas divididas em duas categorias. A primeira refere-se aos dados sócio-demográficos do (Idade, Estado civil, Escolaridade, Profissão/Ocupação e Renda familiar); A segunda

categoria remeteu-se as informações gerais sobre as quedas, incluindo os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Número de quedas, Horário da ocorrência da queda, Atividade desenvolvida no momento da queda, Local de ocorrência da queda, Complicações pós-queda, Utilização de dispositivos e tipo de calçado utilizado durante a queda, Características do ambiente, Utilização de medicamentos pelo idoso, Realização de atividade física regular e Presença de distúrbios sensoriais-motores); e Aspectos assistenciais (Profissionais de saúde e metodologias utilizadas nas orientações educativas para a prevenção de quedas).

O procedimento da pesquisa constou de etapas que se iniciaram mediante envio de um ofício a Secretária Municipal de Saúde de Cuité (**APÊNDICE B**), informando sobre o estudo e solicitando sua autorização para a realização da pesquisa, assim como para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Após essa autorização (**ANEXO A**), o projeto foi submetido para apreciação a Plataforma Brasil e devidamente encaminhado para **um Comitê de Ética em Pesquisa designado (ANEXO B). Após a aprovação do projeto e de posse com a certidão provisória a pesquisa foi iniciada.**

4.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise estatística foram utilizados os *Softwares* Word e *Excel 2007*, cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas por meio de distribuição de frequência (*f*) e percentual (%). Os resultados obtidos foram discutidos a luz da literatura pertinente.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo CEP Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras (**ANEXO C**) designado pela Plataforma Brasil, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2013).

O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada idoso, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE C**). O segundo ocorreu a partir da concordância para participar da pesquisa, sendo este documento assinado pelo idoso e

pesquisadores responsáveis. Foi explicitado a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive o (a) participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que ao participante será entregue uma cópia do TCLE devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, cumprimos fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE D**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE E**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).



5 Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 250 de idosos residentes e cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cuité – PB, porém, apenas 110 foram considerados aptos a darem seguimento à coleta de dados por atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo. Conforme a **Tabela 1**, a faixa etária dos participantes variou de 60 a 90 anos, sendo a maioria do sexo feminino (73,6%), com relação conjugal estável (45,5%), escolaridade básica (97,3%) e renda familiar até um salário mínimo (67,3%). Pesquisas, a exemplo de Siqueira et al, (2007), evidenciam que as quedas são mais frequentes em mulheres e idosos com idade mais avançada. Este número crescente de quedas com o aumento da idade é consistente com a literatura, possivelmente justificadas devido às alterações inerentes ao processo de envelhecimento, a citar o déficit de equilíbrio e a perda de massa muscular e óssea.

No que concerne à frequência de quedas ser mais incidente entre idosos que não apresentam uma relação conjugal estável, Lourenço et al, (2013), explicam que ausência de um companheiro reduz o cuidado mútuo entre os parceiros e potencializa a exposição aos riscos, podendo predispor a ocorrência de quedas entre aqueles que residem sozinhos. Segundo os autores, a baixa escolaridade também é um fator importante em destaque, pois pode dificultar o processo do cuidado prestado, uma vez que o cliente apresenta um menor envolvimento na prevenção de riscos.

Tabela 1: Distribuição de idosos segundo as características sócio-demográficas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Idade		
60 - 69	46	41,8
70 - 79	44	40,0
80 - 89	19	17,3
≥ 90	1	0,9
Gênero		
Feminino	81	73,6
Masculino	29	26,4
Estado civil		
Solteiro	12	10,9
Casado	50	45,5
Desquitado	11	10,0
Viúvo	37	33,6
Escolaridade		
Educação básica	107	97,3
Educação superior	3	2,7
Renda familiar		
Inferior a um salário mínimo	12	10,9
Até um salário mínimo	74	67,3
Superior a um salário mínimo	24	21,8

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Em relação aos episódios de quedas ocorridos nos últimos três anos (**Tabela 2**) evidenciou-se um percentual significativo destes eventos entre os idosos do estudo em tela (44,0%). Cerca de 46,4%, referiram ter caído ao menos uma única vez, 31,8% sofreram duas a três recidivas, enquanto 13,6% referiram seis ou mais episódios de quedas. Observou-se, ainda que, a maioria das quedas ocorreu no turno matutino (59,1%), seguido dos turnos noturno (26,4%) e vespertino (14,5%).

Em consonância com a pesquisa realizada por Álvares, Lima e Silva (2010), constatou-se que a maioria dos eventos ocorrerem no domicílio (48,0%), merecendo destaques para a área externa ou de serviço (13,6%), sala de estar (10,9%) e quarto (10,0%). Ganança et al, (2006), em estudo semelhante ao atual, também mencionam o banheiro como um dos cômodos mais comuns para o acontecimento deste tipo de acidente entre os idosos.

A justificativa para a ocorrência elevada de quedas no próprio lar, precisamente nos ambientes acima referenciados pode estar relacionada não apenas as alterações fisiopatológicas inerentes ao público envolvido, as quais comprometem a percepção corporal e espacial, mas

também aos fatores de risco extrínsecos, sobretudo no que tange a ergonomia inadequada do ambiente onde vive o idoso.

Tabela 2: Caracterização dos episódios de quedas em idosos quanto à frequência, horário e local de ocorrência. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Ocorrência de quedas nos últimos 3 anos		
Sim	110	44,0
Não	140	56,0
Frequência de quedas nos últimos 3 anos		
Um	51	46,4
Dois	25	22,7
Três	10	9,1
Quatro	7	6,4
Cinco	2	1,8
≥ 6	15	13,6
Horário		
Manhã	65	59,1
Tarde	16	14,5
Noite	29	26,4
Local de ocorrência da queda		
Rua	57	52,0
Área externa do domicílio	15	13,6
Sala	12	10,9
Quarto	11	10,0
Banheiro	9	8,1
Cozinha	6	5,4

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Dentre os fatores que se enquadram nesta categoria e que são aludidos como facilitadores para a propensão as quedas estão a presença de piso e tapetes escorregadios, objetos desordenados, armários de difícil alcance, iluminação inadequada, interruptores inacessíveis, falta de corrimão nas escadas, degraus inadequados e sem sinalizações, falta de barras de apoio nos banheiros, camas, assentos sanitários, cadeiras de altura inadequada e sem apoiadores laterais, obstáculos no caminho como fios e presença de animais (MEIRA, 2005).

Ainda sobre os fatores externos a **Tabela 3**, aponta que, apesar da maioria mencionar a presença de piso seco (54,5%), uma iluminação adequada (86,4%) e ausência de objetos ou animais dispersos ao chão (98,2%), durante a queda, estas variáveis são comumente referidas como fatores causais responsáveis por este tipo de injúria, como referem Almeida, Brites e Takizawa (2011).

Sabe-se que a diminuição da acuidade visual consiste em uma das alterações na visão frequentes neste público, estando relacionada à contração do diâmetro pupilar e o

amarelecimento do cristalino. Neste sentido, as lâmpadas devem estar presentes em locais que ofereçam riscos, como nas escadas e corredores. Ademais, é importante que não ofereçam incandescências, pois além de ofuscar a visão este tipo de iluminação revela um custo maior em sua manutenção e, conseqüentemente, acréscimo na conta de energia (PIECZARKA, 2013).

Celich et al, (2010), também assinalam outros cuidados para a prevenção de quedas e acidentes na terceira idade, como a importância do uso de dispositivos de segurança. Segundo os autores, os corrimões e as barras de proteção devem se fazer presentes em locais estratégicos como nas escadas, paredes do box de banheiros e ao lado do vaso sanitário, pois demandam uma melhor estabilidade e equilíbrio corporal ao idoso durante o seu deslocamento.

O uso de aparelhos ortopédicos como bengalas e andadores também pode somar-se ao dispositivo discutido anteriormente para auxiliar o idoso na manutenção do equilíbrio postural e da postura bípede. Uma vez desequilibrado, o idoso pode lançar mão destes pontos de apoio para evitar a queda, já que as reações de endireitamento, equilíbrio e proteção estão deficitárias, dificultando o seu retorno à linha média e assim tornando-os mais vulneráveis a queda. Assim, considera-se importante a orientação de profissionais qualificados e habilitados que possam prescrever adequadamente quanto ao uso destes aparelhos.

Além destes, outros aspectos devem ser considerados, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2009), durante a organização do ambiente em que reside o idoso. Outros requisitos, além daqueles discutidos anteriormente, são necessários para que a casa seja considerada segura contra quedas, os quais incluem: a eliminação de tapetes soltos, presença de piso antiderrapante, presença de interruptor próximo a porte e a cama, manter utensílios e mantimentos em locais de fácil alcance, diversificar as cores dos objetos de uso doméstico diário, dentre outros. Considerando importante a adequação do ambiente para a prevenção de quedas no público idoso, Queiroz, Coutinho Filho e Coutinho (2008), caracterizam detalhadamente os aspectos ergonômicos necessários para a implementação de cômodos seguros no ambiente domiciliar.

Neste contexto, identificar o local onde ocorreu a queda é muito importante para elencar os fatores ambientais causadores com vistas a viabilizar um planejamento de medidas preventivas das quedas entre idosos. Conforme Messias e Neves (2009), reorganizar e adequar à mobília são atitudes que precisam ser consideradas a fim de assegurar a segurança de vida do idoso, porém, neste momento é fundamental respeitar o consentimento deste último assim como preservar objetos ou adereços que apresentam um valor afetivo muito alto.

Tabela 3: Fatores extrínsecos relacionáveis à ocorrência de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Condições do piso durante a queda		
Seco	60	54,5
Molhado	23	21,0
Acidentado	21	19,0
Encerado	6	5,5
Iluminação satisfatória		
Sim	95	86,4
Não	15	13,6
Presença de dispositivos de segurança no ambiente em que ocorreu a queda		
Sim	2	1,8
Não	108	98,2
Presença de objetos ou animais dispersos no chão durante a ocorrência da queda		
Sim	34	30,9
Não	76	69,1

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

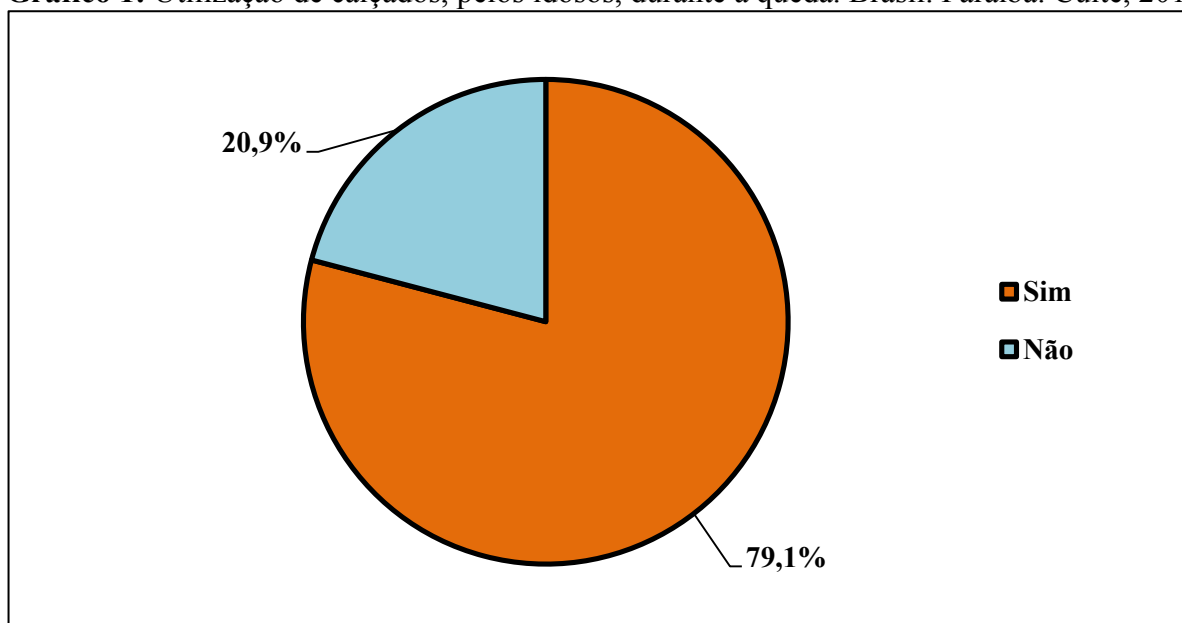
Outro aspecto que chama a atenção na literatura como fator extrínseco relevante que potencializa a ocorrência de queda entre os idosos, remete-se ao uso de calçados inapropriados. Sobre esta variável observou-se que 79,1% dos idosos revelaram estar utilizando-os contra 29,9% que negaram o seu uso durante a injúria (**Gráfico 1**). De acordo com Santos (2008), o calçado demonstra a forma de apoio dos pés e o grau de instabilidade que pode provocar durante a marcha. Neste sentido, a utilização de um calçado inadequado, pouco aderente ao solo, assim como mal ajustado pode facilmente ser considerado um fator de risco caso não seja apropriado para idoso. Esse aspecto, pôde ser ratificado no estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) onde observou-se uma relação positiva entre o uso de calçados inadequados e ocorrência de quedas, já que 64,7% da população idosa utilizava calçados inapropriados durante a queda.

Segundo Marin et al. (2004), o calçado preferido pelos idosos envolve o “chinelo de dedos”, muitas vezes justificado pela presença de unhas distróficas e proeminências ósseas, as quais impedem, devido a dor, o uso de um calçado fechado. Os problemas com os pés acontecem com frequência entre os idosos, ocasionados pelo desgaste natural da estrutura óssea, a falta cuidados com as unhas e também às mudanças tróficas devido à insuficiência vascular que levam a dor e alterações na sua forma, sendo mesmo assim, muitas vezes, desvalorizados na consulta médica. Os mesmos autores apontam que o calçado mais adequado

que permite maior segurança e pode minimizar o risco de quedas são aqueles que apresentem solado antiderrapante.

Nesta perspectiva, é necessário que o idoso receba as orientações e informações necessárias sobre o tipo de calçado correto que deve utilizar para desenvolver suas atividades instrumentais, diárias e de lazer. Cabe ao profissional de saúde, inclusive a enfermagem, estar atento sobre este aspecto a fim contribuir não apenas para o conforto, mas principalmente na prevenção de futuros episódios de quedas.

Gráfico 1: Utilização de calçados, pelos idosos, durante a queda. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Dentre os fatores intrínsecos, Marim et al. (2004) destacam que a ocorrência de doenças ocasionam a redução da capacidade física e podem ter repercussões diretas no controle e equilíbrio postural. As doenças mais mencionadas na literatura incluem as de ordem visuais e osteomusculares corroborando os resultados da presente pesquisa.

Conforme a **Tabela 4**, percebeu-se que 64,5% e 75,5% dos idosos apresentavam algum distúrbio visual e auditivo, respectivamente. Em relação à presença de doenças crônicas, 63,6% aludiram ser portador de alguma doença crônica, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes *Mellitus*, a osteoporose e as de origem reumáticas as mais mencionadas pelos participantes. Contudo, a maioria 83,6% negou algum tipo de deformidades ortopédicas em membros inferiores, consideradas importantes influenciadores para as quedas no idoso.

Segundo Fabrício, Rodrigues e Júnior (2004), o diabetes é uma doença que requer cuidados contínuos e que pode predispor o idoso a várias complicações. A neuropatia

diabética, episódios de hipoglicemia e o déficit visual por retinopatia diabética são consideradas complicações frequentes neste público, limitando-os funcionalmente e tornando-os mais vulneráveis às quedas.

Sobre a osteoporose, doença osteometabólica, esta também pode repercutir diretamente no episódio de quedas e por consequência na qualidade de vida do idoso. Por tratar-se de uma condição clínica que tem como característica principal o enfraquecimento ósseo, é factível a ocorrência de fraturas em idosos osteoporóticos com possível evolução para complicações secundárias como o desenvolvimento de Trombose Venosa Profunda (TVP) e a síndrome da imobilidade (SACCHETTI et al., 2010). Assim, é importante associar ao uso de medidas farmacológicas ações conservadoras em saúde, como a prática de atividade física, exposição solar controlada, alimentação saudável e as orientações quanto à prevenção das quedas, a fim de reduzir dos riscos destes eventos como também assegurar o retardo da doença.

As últimas, as doenças reumáticas, em função das limitações que impõem, contribuem na redução da capacidade física dos idosos, ocasionando dor, influenciando no equilíbrio ou controle postural, considerados, portanto, fatores potenciais para as quedas (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Tabela 4: Fatores intrínsecos relacionáveis com a ocorrência de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	N	%
Distúrbios visuais		
Sim	71	64,5
Não	39	35,5
Distúrbios auditivos		
Sim	27	24,5
Não	83	75,5
Presença de deformidades físicas		
Sim	18	16,4
Não	92	83,6
Presença de doença crônica		
Sim	70	63,6
Não	40	36,4

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

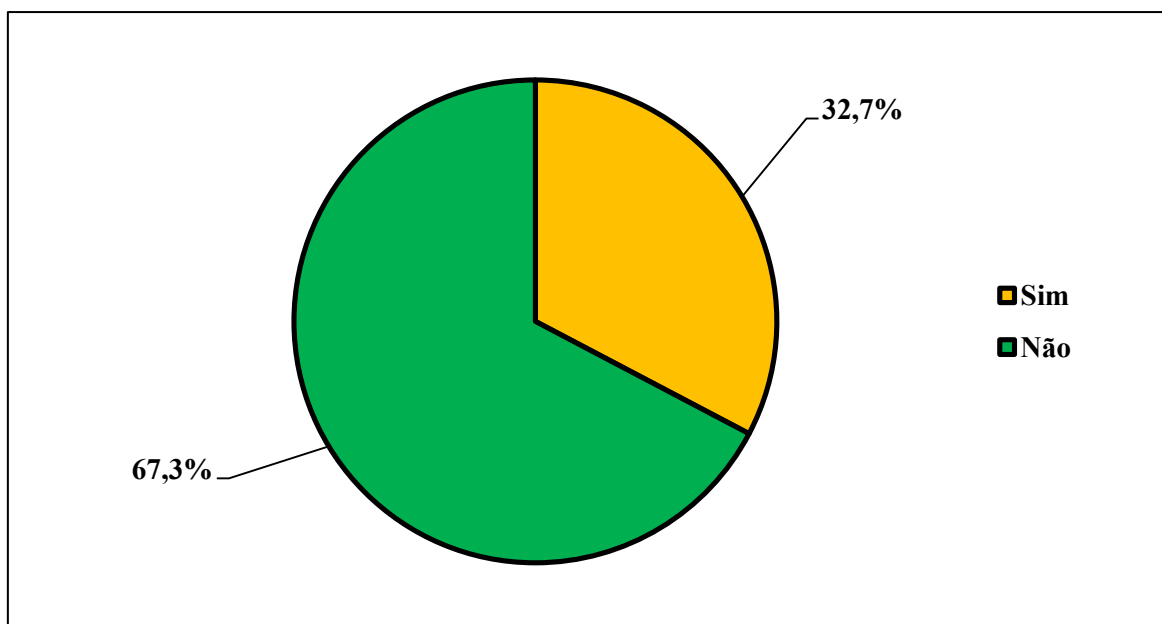
É sabido que o processo de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas em todos sistemas corporais, inclusive no musculoesquelético, propiciando fraqueza muscular, alterações ósseas e perda do equilíbrio corporal (SIQUEIRA et al., 2007). Assim, é salutar

que atividades físicas regulares sejam executadas, tendo em vista os efeitos positivos que este tipo de atividade propicia para a saúde do idoso como referem Benedetti, Gonçalves e Mota (2007). Contudo, 67,3% dos indivíduos desta faixa etária são sedentários (**Gráfico 2**), o que nos faz refletir e realizar questionamentos sobre a possível associação das quedas com ausência da atividade física, pois subentende-se que a realização de exercícios físicos podem retardar as perdas fisiológicas do envelhecimento e conseqüentemente minimizar estes episódios. O exercício físico, segundo Argento (2010), tem por meta principal na prevenção de quedas, manter o idoso ativo, garantir o aumento de massa muscular, condicionamento físico, equilíbrio postural, agilidade e aquisição de autoconfiança ao desempenhar suas atividades.

A conjectura de que a prática regular de atividade física pode diminuir a incidência de quedas pôde ser constatado por Mazo et al. (2007), visto que obteve-se em seus resultados uma associação positiva entre as variáveis em questão, ou seja, dos 186 idosos muito ativos apenas 36 idosos sofreram quedas nos últimos três meses, retratando que, se o idoso mantiver-se ativo, os episódios de queda podem ser menores.

Mediante esta bem como dos demais benefícios ofertados pela atividade física já pontuados em outros estudos, é fundamental estimular e orientar a população do município pesquisado sobre a importância da prática de exercícios físicos para a saúde sistêmica e especificamente para a prevenção das quedas. A formação de grupos de idosos para a realização da atividade física supervisionada por profissionais habilitados pode ser uma estratégia local a ser implementada.

Gráfico 2: Idosos que realizam atividade física regular. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

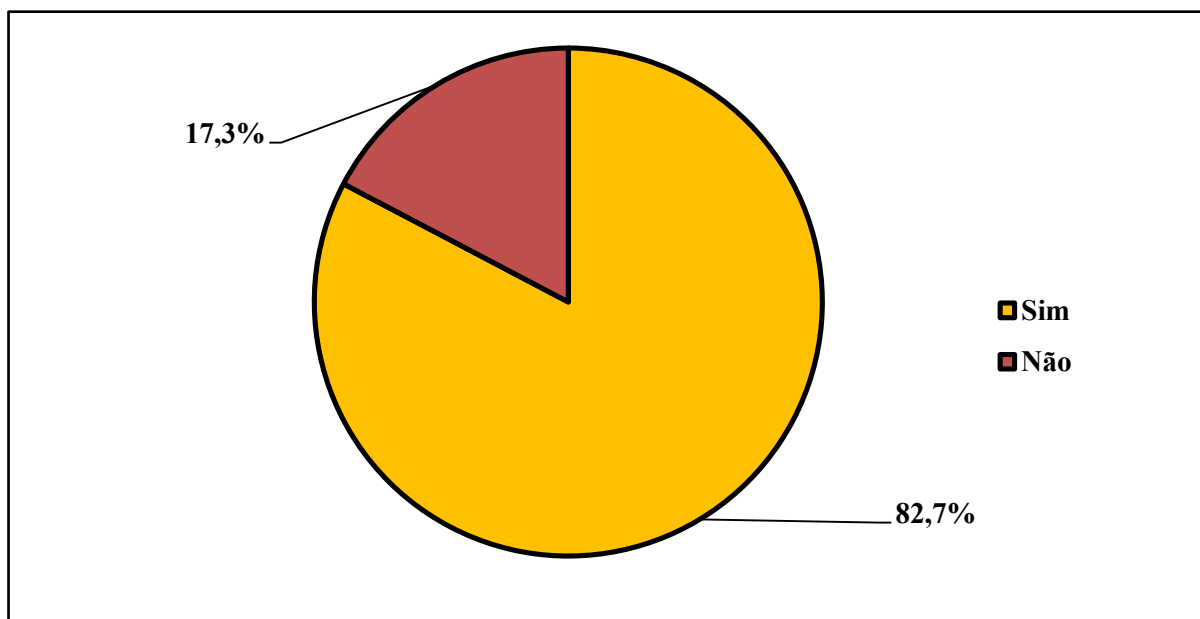
Sobre o uso de medicamentos durante o período em que sofreu a queda, percebeu-se que 82,7% dos idosos confirmaram a utilização regular de algum tipo de medicamento, contra 17,3% que negaram-na (**Gráfico 3**), corroborando os achados de Siqueira et al, (2007), onde 70,0% dos idosos pesquisados apresentaram associação positiva entre o uso contínuo de medicamentos e a ocorrência de quedas.

Para Lojudice et al. (2010), os medicamentos constituem um significativo fator de risco intrínseco para o surgimento de quedas entre os idosos, principalmente quando relaciona-se ao uso de polifármacos. Conforme Hamra, Ribeiro e Miguel (2007), o uso de quatro ou mais drogas associadas, pode resultar em um risco maior de queda devido a maior probabilidade de interação medicamentosa e ocorrência de reações adversas, a exemplo da diminuição do estado de alerta, vertigem, hipotensão arterial, fraqueza muscular e redução da função postural.

Segundos os referidos autores, dentre as medicações que apresentam uma chance maior de resultar em efeitos colaterais, adversos e maior associação com outros fármacos estão os diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos.

Portanto, considerando os aspectos discutidos anteriormente é essencial que o profissional de saúde, especificamente o médico, ao prescrever medicamentos, pondere os riscos e benefícios, estabelecendo uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade do seu uso.

Gráfico 3: Idosos que fazem uso de medicações regularmente. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Quando questionados sobre o surgimento de repercussões físicas e/ou psicológicas (**Tabela 5**) após o evento, observou-se que um percentual considerável (46,4%) fez menção positiva quanto ao desenvolvimento de algum tipo de ocorrência desta natureza, sendo as fraturas as mais incidentes, seguida das escoriações cutâneas e do estresse pós-traumático. Ademais, 24,5% aludiram à necessidade de hospitalização após a este tipo de agravo.

Estes resultados corroboram os achados de Siqueira et al. (2007) cujas fraturas prevaleceram em 34,8% da amostra pesquisada, estando as fraturas de membros superiores como as mais incidentes. Contudo, conforme a literatura relacionada à temática em tela, a exemplo de Busksman et al. (2008), a fratura do fêmur é considerada como uma das mais frequentes e graves durante a ocorrência de quedas devido aos riscos potenciais que estas oferecem, inclusive com evolução do paciente ao óbito.

Sobre a síndrome pós-traumática também evidenciada neste estudo, Celich et al. (2010) e Jahana e Diogo (2007), citam que a mesma pode ser responsável por sentimentos de medo, insegurança e ansiedade nos caidores, comprometendo, muitas vezes, a autoconfiança para deambular ou realizar as atividades de vida diária novamente. Buskman et al. (2008) complementam enfocando que esta condição pode resultar em sérias repercussões negativas também aos cuidadores e familiares, sejam elas de caráter físico ou emocional, devido a sobrecarga resultante da dependência desenvolvida pelo idoso após a queda.

Nesta conjuntura, compreende-se que a queda repercute não apenas no âmbito somático, mas também pode ocasionar implicações financeiras ao sistema de saúde e, principalmente importantes modificações psicológicas e sociais ao idoso vítima de queda, sendo primordial considerar este agravo como um problema de saúde pública de grande complexidade e que necessita de mais atenção dos serviços e profissionais da saúde.

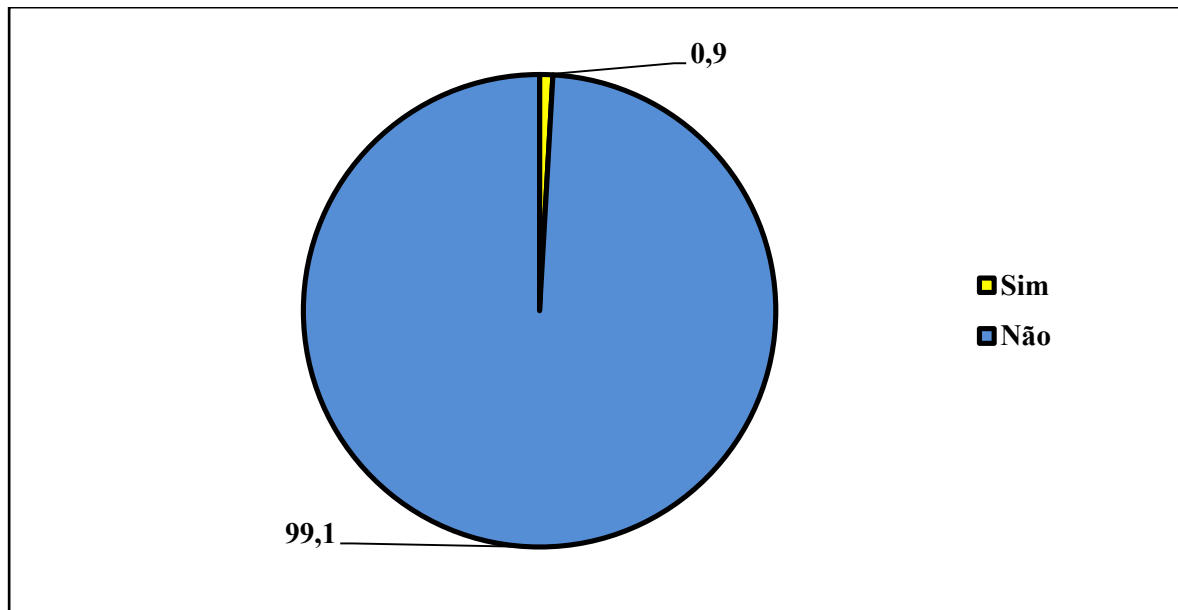
Tabela 5: Repercussões físicas e/ou psicológicas e necessidade de hospitalização após a ocorrência da queda em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Ocorrência de repercussões físicas e/ou psicológicas após a queda		
Sim	51	46,4
Não	59	53,6
Necessidade de hospitalização devido à queda		
Sim	27	24,5
Não	83	75,5

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Em relação à participação dos profissionais de saúde no que se refere às orientações ofertadas aos idosos sobre a prevenção de quedas, observou-se que 99,1% deles negaram ter recebido algum tipo de informação contra 0,9% que mencionaram ter recebido algum tipo de orientação sobre o tema abordado (**Gráfico 4**). Dentre os profissionais que estiveram envolvidos nesta prática, houve destaque apenas para a figura do médico, conforme mencionaram os entrevistados.

Gráfico 4: Participação dos profissionais de saúde quanto à realização de orientações e visitas domiciliares quanto aos riscos ergonômicos na prevenção de quedas em idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

A equipe de saúde precisa, segundo Silva et al. (2007), estar atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, para atuar nos fatores que alteram o equilíbrio, entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde do idoso, em seu sentido mais abrangente. Para os autores, os profissionais devem programar ações que possam minimizar os riscos potenciais, seja por meio de promoção de mudanças físicas, identificação precoce de alterações patológicas e de fatores de riscos, as quais as pessoas idosas estão expostas, seja no domicílio ou fora dele.

Conforme Celich et al. (2010), a equipe de saúde, em especial o profissional de enfermagem, ao proceder às visitas domiciliares, deve estar atento a essas questões e deve sugerir as mudanças necessárias para a manutenção da segurança e saúde do idoso em sua residência, porém, sob o consentimento voluntário deste.

Compreende-se que a aproximação presencial no ambiente domiciliar estabelecida entre a enfermagem, idosos e familiares, especialmente no âmbito da atenção básica, pode ser um aspecto facilitador para a criação de relações de confiança e possibilidades de mudanças quanto à disposição ergonômica no domicílio.

Neste sentido, devido às elevadas prevalências encontradas na literatura nacional Siqueira et al. (2007), sugerem que a atenção básica brasileira deve ser qualificada e

reorganizada para atender os idosos, visando à prevenção da ocorrência deste importante agravo neste segmento da população.

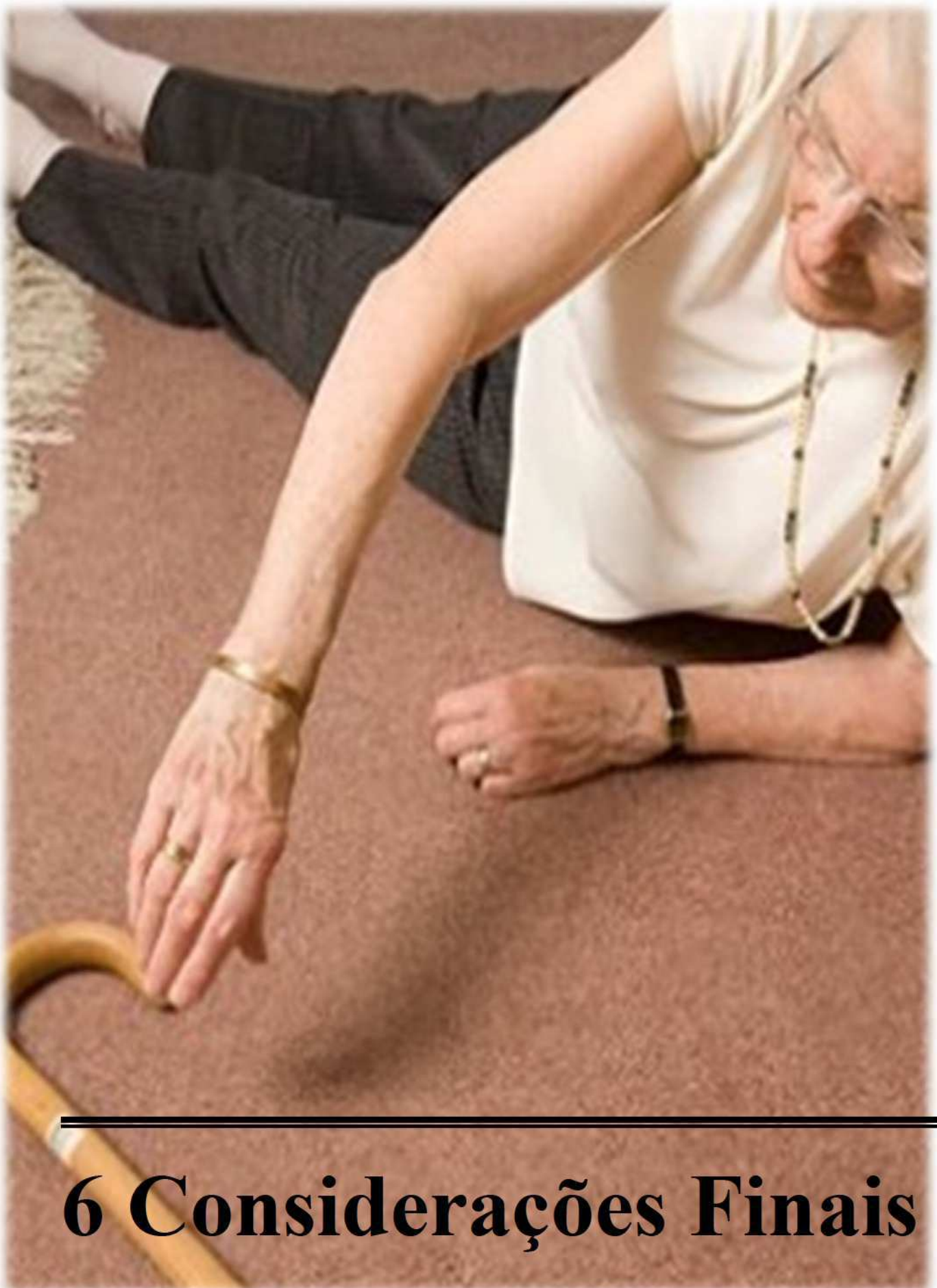
Ressalta-se que apesar da maioria não ter referenciado a aquisição de orientações sobre a temática em estudo, 64,5% dos idosos mencionaram ter conhecimentos sobre aspectos preventivos relacionados às quedas. Contudo, 83,6% mencionaram que gostaria de obter mais informações por parte dos profissionais de saúde sobre como agir para a prevenção deste tipo de injúria, conforme dados apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6: Conhecimento e interesse dos idosos quanto à obtenção de informações sobre a prevenção de quedas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Conhecimento dos idosos sobre a prevenção de quedas		
Sim	71	64,5
Não	39	35,5
Interesse dos idosos em obter informações sobre a prevenção de quedas		
Sim	92	83,6
Não	18	16,4

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Estes achados servem de reflexão para os profissionais da área em aproveitar o interesse demonstrado pelos idosos a fim de propiciar educação em saúde e consequentemente melhorar o nível de conhecimento entre os idosos sobre a minimização do risco de quedas entre os mesmos, através da aplicabilidade de estratégias e ações práticas.



6 Considerações Finais

Após a análise dos dados, constatou-se que a queda é um evento bastante frequente entre os idosos, sendo considerado um importante problema de saúde pública devido às repercussões físicas e psicossociais que a mesma pode ocasionar na vida desta população.

Os episódios de quedas se mostraram frequentes, nesta amostra, caracterizando-se não apenas como eventos pontuais, mas também de recorrência. A maior parte destas injúrias ocorreu no domicílio, durante o período da manhã e em ambientes comuns a prática das atividades de vida diária, como sala, quartos e área de serviço, corroborando achados literários.

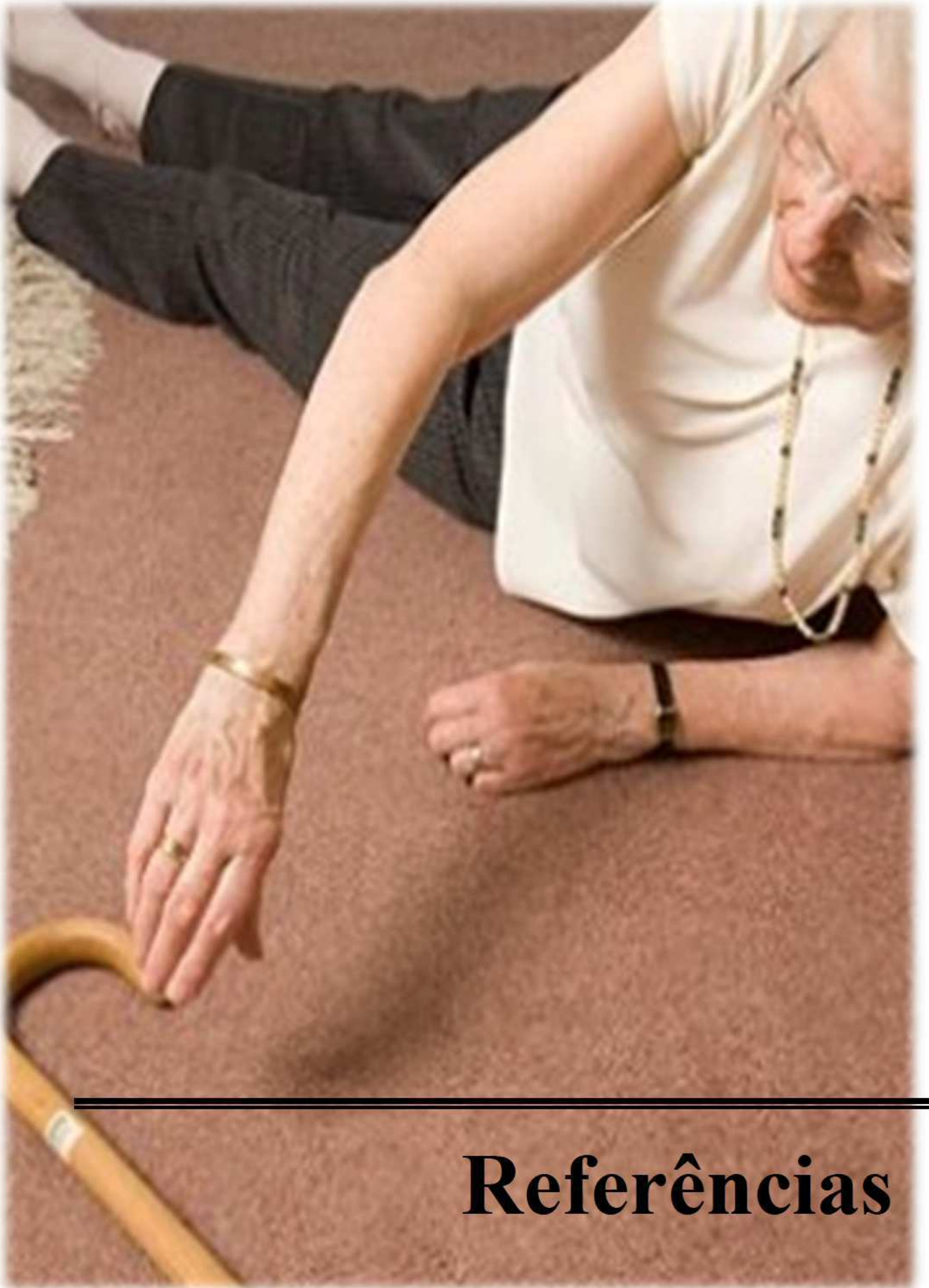
Apesar de não haver uma associação estatística que possa permitir uma análise mais aprofundada sobre as variáveis abordadas, vislumbra-se a possibilidade da influência de fatores de riscos, sejam eles de ordem intrínseca ou extrínseca, sobre a ocorrência da queda. Dentre os fatores que foram abordados neste tudo como possíveis facilitadores para os acidentes, estiveram às disfunções auditivas e visuais, doenças crônicas, uso de medicações e calçados inapropriados, ausência de dispositivos de segurança, além de outros.

Observou-se ainda que os acidentes trouxeram repercussões físicas e emocionais negativas para a saúde do idoso, como a ocorrências de fraturas, escoriações e desenvolvimento de estresse pós-traumático, episódios estes que possivelmente comprometeram a sua qualidade de vida.

Outro aspecto que merece destaque remete-se a falta de orientações recebidas por idosos quanto à prevenção de acidentes e quedas. Muitos mencionaram ter conhecimentos sobre maneiras de prevenir as quedas, porém, não foi possível avaliar o domínio do público sobre questões que realmente pudessem comprar esta afirmativa. Assim, apesar de essenciais, as ações educativas em saúde demonstram estar comprometidas em um percentual significativo dos entrevistados, os quais admitiram não receber qualquer tipo de orientação ou informação relacionada à prevenção de quedas por parte dos profissionais de saúde, inclusive pela enfermagem.

Acredita-se que, ações de promoção à saúde e prevenção para os episódios de quedas e outros acidentes podem ser desenvolvidas com o intuito de minimizar não apenas a sua frequência, como também as complicações arroladas a estes eventos, principalmente quando os mesmos estão ocorrendo no próprio domicílio. Neste sentido, é necessária uma intervenção dos profissionais de saúde, inclusive da enfermagem, no sentido de manter a população informada e atenta para possíveis situações de risco. Para tanto, sugere-se a realização de programas de prevenção, palestras e oficinas que auxiliem os idosos e seus familiares a identificar e prevenir os riscos iminentes.

Assim, considera-se que os objetivos propostos por este trabalho foram cumpridos. No entanto, recomenda-se a realização de outros estudos com amostra mais significativa e tratamento de testes estatísticos mais elaborados, com o propósito de obter resultados mais concretos e passíveis de análise mais aprofundada.



Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. P. de.; BRITES, M. de F.; TAKIZAWA, M. das G. M. H. Quedas em idosos: fatores de risco. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, 2011.
- ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. da C.; SILVA, R. A. da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, il. **C: Saúde Pública**. v.26, n.1, p.31-40, 2010.
- ANDRADE, L. P.; STELLA, F.; BARBIERI, F. A.; RINALDI, N. M.; HAMANASKA, A. Y. Y.; GOBBI, L. T. B. Efeitos de tarefas cognitivas no controle postural de idosos: Uma revisão sistemática. **Motricidade**, v. 7. n. 3, p. 19-28, 2011.
- ARGENTO, R. de S. V. **Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. 2010.
- BENEDETTI, T. R. B.; BINOTTO, M. A.; PERTROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e prevalência de quedas em idosos residentes no sul do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.11 n.2, p. 302-07,2008.
- BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A.; MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: Um desafio para os profissionais da saúde. **Rev. Sci Med**, v. 17, n. 3, p. 138-144, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>. Acesso em: 03 ago 2013.
- BUKSMAN, S.; VILELA, A. L. S.; PEREIRA, S. R. M.; LINO, V. S.; SANTOS, V. H. **Quedas em idosos: prevenção**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf>. Acesso em: 03 ago 2013.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CELICH, K. L. S.; SOUZA, S. M. S.; ZENEVICZ, L.; ORSO, Z. A. Fatores que predisõem às quedas em idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 419-426, 2010.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução 311 em 13 de fevereiro de 2007.
- ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública** v.38, n.1, p.93-9, fev, 2004.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GANANÇA, F. F.; GAZZOLA, J. M.; ARATANI, M. C.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, M. M. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 72, n. 3, p. 388-93, 2006.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H.P; KOIZUMI, M. S.; Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc Med Bras**, v.50, n.1, p. 97-103, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GREGG E. W.; PEREIRA, M. A.; CASPERSEN, C. J. Physical activity, falls and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. **J Am Geriatr Soc**, p. 883-93, 2000.
- HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortop Bras**, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.
- HARGREAVES, L. H. H. **Geriatrics**. Brasília: Speep, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2013.
- JAHANA,O.K.; DIOGO,J.M. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, vol.4, n.17, p.148-153, 2007.
- LOURENÇO, T. de. S.; LIMA, L. R.; SANTOS, W. S.; SOUZA, J. M. de.O.; FUNGHETTO, S. S.; KARNIKOWSKI, M. G. de. O.; STIVAL, M. M. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos moradores de Ceilândia-DF. **Revista Movimenta**, v. 6; n. 2, p. 471-80, 2013.
- LOJUDICE,C.D.;LAPREGA,R.M.;RODRIGUES,P.A.R.;JUNIOR,R.L.A. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.
- LOPES, M. C. L.; VIOLIN, M. R.; LAVAGNOLI, A.P. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enferm**, v.12, n.4, p.472-477, 2007.

MACIEL, A. 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**, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MACIEL, S. S. S. V.; MACIEL, W. V.; TEOTÔNIO, P. M.; BARBOSA, G. G.; LIMA, V. da G. C.; OLIVEIRA, T. de F.; SILVA, E. T. C. da. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 25-31, 2010.

MACEDO, B. G. de M.; PEREIRA, L. S. M.; GOMES, P. F.; SILVA, J. P. da; CASTRO, A. N. V. de. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, v. 11, n. 3, p. 419-432, 2008.

MAIA, B. C.; VIANA, P. S.; ARANTES, P. M. M.; ALENCAR, A. A. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 14, n. 2, p. 381-93, 2011.

MARIM, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.; BERTASSI, B. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 5, p. 560-564, 2004.

MAZO, G. Z.; LIPOSCKI, D. B.; ANANDA, C. PREVÊ, D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.

MEIRA, E. C. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 3, 2005.

MENEZES, R. L. de.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1209-18, 2008.

MENEZES, R. L. de.; BACHION, M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados, **Rev Bras Oftalmol.**, v. 71, n. 1, p. 23-7, 2012.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. da F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.v. 12. n. 2, p. 275-82, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2009.

NICOLUSSI, A. C.; FHON, J. R. S.; SANTOS, C. A. V.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p.723-30, 2012.

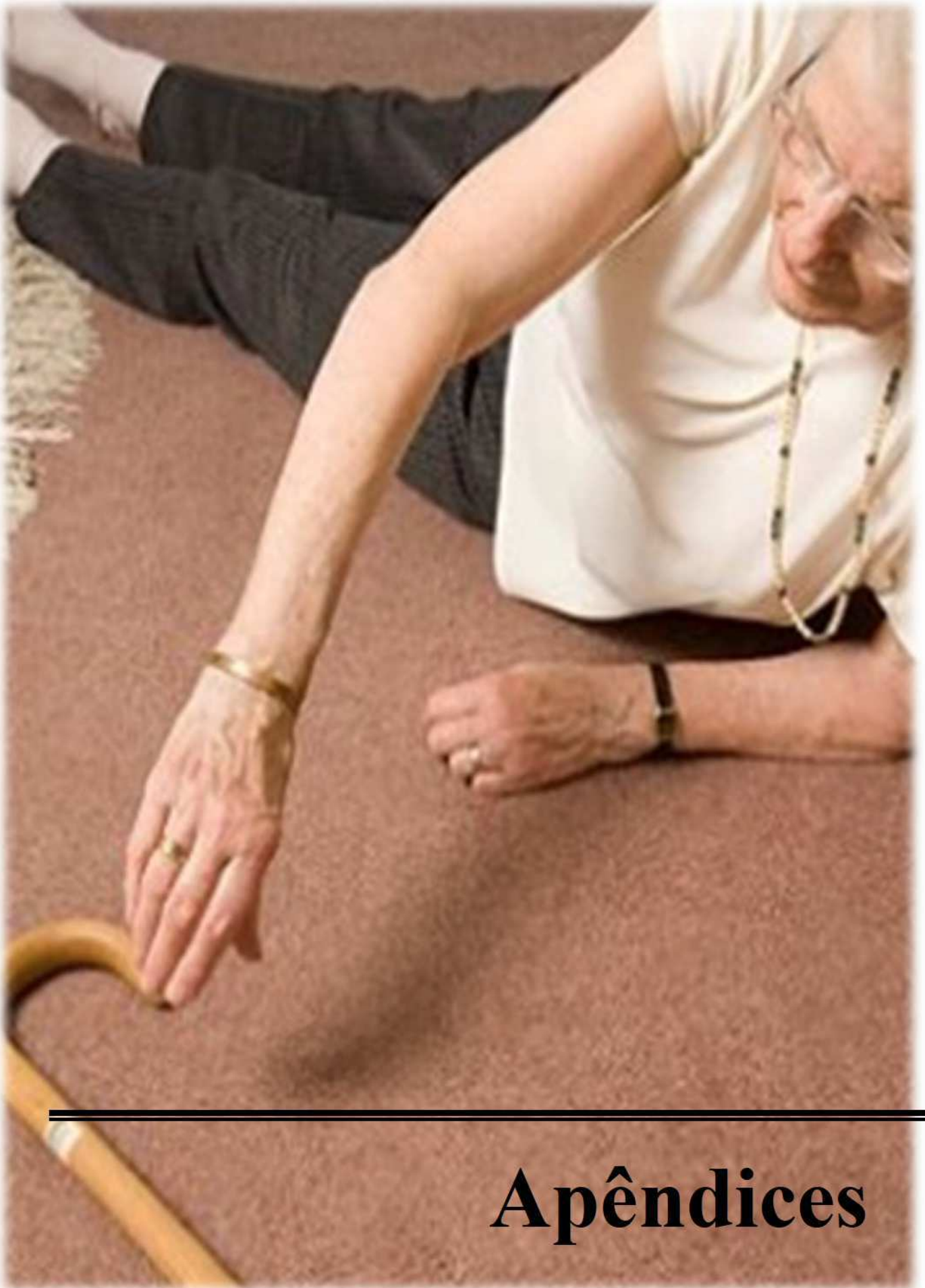
NUNES, M. I.; FERRETTI, R. E. DE L.; SANTOS, M. DOS. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

- PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PERACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.6, p.709-716, 2002.
- PERACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/resources/.../artigo_quedas_monica_perracini.pdf>. 2009.
- PIECZARKA, C. M. S. A Influência da Luz Artificial no Cotidiano dos Idosos. **Revista Especialize On-line IPOG – Goiânia**; v. 1, n. 5, p. 1-19, 2013.
- QUEIROZ, R. D.; COUTINHO FILHO, B. R.; COUTINHO, J. C. J. P. Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/julho2010f.pdf>>. Acesso em: 13 jul 2013.
- RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de; A., S.; SOUZA, A. C. de; SCHLITZ, A. O. . A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 4, p.1265-1273, 2008.
- RICCI, N. A. ; GAZZOLA, J. M.; COIMBRA, I. B. Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos. **Arquivo Brasileiro de Ciência e Saúde**. v. 34. n. 2, p. 94-100, 2009.
- SACHETTI, A.; VIDMAR, M. F.; SILVEIRA, M. M. da.; SCHNEIDER, R. H.; WIBELINGER, L. M. Risco de quedas em idosos com osteoporose. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 8, n. 24, 2010.
- SANTOS, H. dos S.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.
- SANTOS, R. J. G. **Quedas em idosos**. Monografia Univ. Fernando Pessoa . 2008. Disponível em:<<http://https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/.../Monografia.pdf>>.
- SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.
- SILVA, T. M. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Rev. Eletr. Enf**, v.9, n.1, p.64-78, 2007.
- SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Controle motor**: teoria e aplicações práticas. 2.ed .Barueri: Manole, 2003.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em idosos. 2009.
Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/publico/artigos/queda.asp>>. Acesso em: 20 ago 2013.

VALIM-ROGATTO, P. C.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A. C. P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência. Ver. **Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 521-33, 2011.

WEBER, A. A. Avaliação da propensão da quedas em idosos institucionalizados e não institucionalizados correlacionando com o nível de cognição e equilíbrio. 2004.
Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/.../2004.../adriana%20webber.PDF>>.



Apêndices

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****OFÍCIO**

Cuité, 17 de Setembro de 2013.

Ofício n.º 48/2013

Ilma Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB
Joseane da Rocha Dantas Cavalcante

É com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité – PB”** do aluno **Giannini Cunha de Araújo** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** para fins de conclusão do referido curso. Certa de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais de enfermagem e a sociedade principalmente, agradecemos desde já a vossa compreensão e apoio na concordância do pleito.

Certa da sua atenção agradece antecipadamente.

Isolda Maria Barros Torquato
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Matrícula SIAPE: 1577240

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr(a).

Você foi convidado(a) para participar da pesquisa **“Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité – PB”**, realizada pelo acadêmico do Curso de Bacharelado em enfermagem **Giannini Cunha de Araújo** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora **Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Identificar a frequência de quedas e os fatores de riscos prevalentes entre os idosos do município de Cuité-PB. Sobre os objetivos específicos elencam-se: Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sócio-demográficos; Verificar a influência dos fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos para a ocorrência das quedas entre os idosos; Identificar as consequências físicas e psicológicas das quedas entre os idosos e Avaliar a participação dos profissionais de saúde quanto à prevenção de quedas entre os idosos.

A realização deste estudo é significativo, visto que busca contribuir para a identificação dos possíveis fatores de risco envolvidos nos episódios de quedas e consequentemente subsidiar a prevenção destes eventos na população pesquisada.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista individual baseada em um formulário contendo 32 questões objetivas. Ressaltamos que, sua identidade e privacidade serão preservadas e que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos apenas mediante autorização.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o(à) senhor(a) isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa. Informamos ainda que as pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a sua participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 2013.

Prof. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Giannini Cunha de Araújo
Pesquisadora Participante

Testemunha

Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.

Olho D'Água da Bica s/n – Centro. Cuité-PB. Cep: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. João Pessoa – PB. Cep: 58030-150.

Endereço Residencial do Pesquisador Participante:

Rua é José Cassimiro Dantas, nº 160, Bairro Centro. Cep: 58175-000 – Telefone: (84) 9665-8014.

APÊNDICE D**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: **“Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité – PB”**.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE E

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora (**Isolda Maria Barros Torquato**) e orientando da pesquisa (**Giannini Cunha de Araújo**).

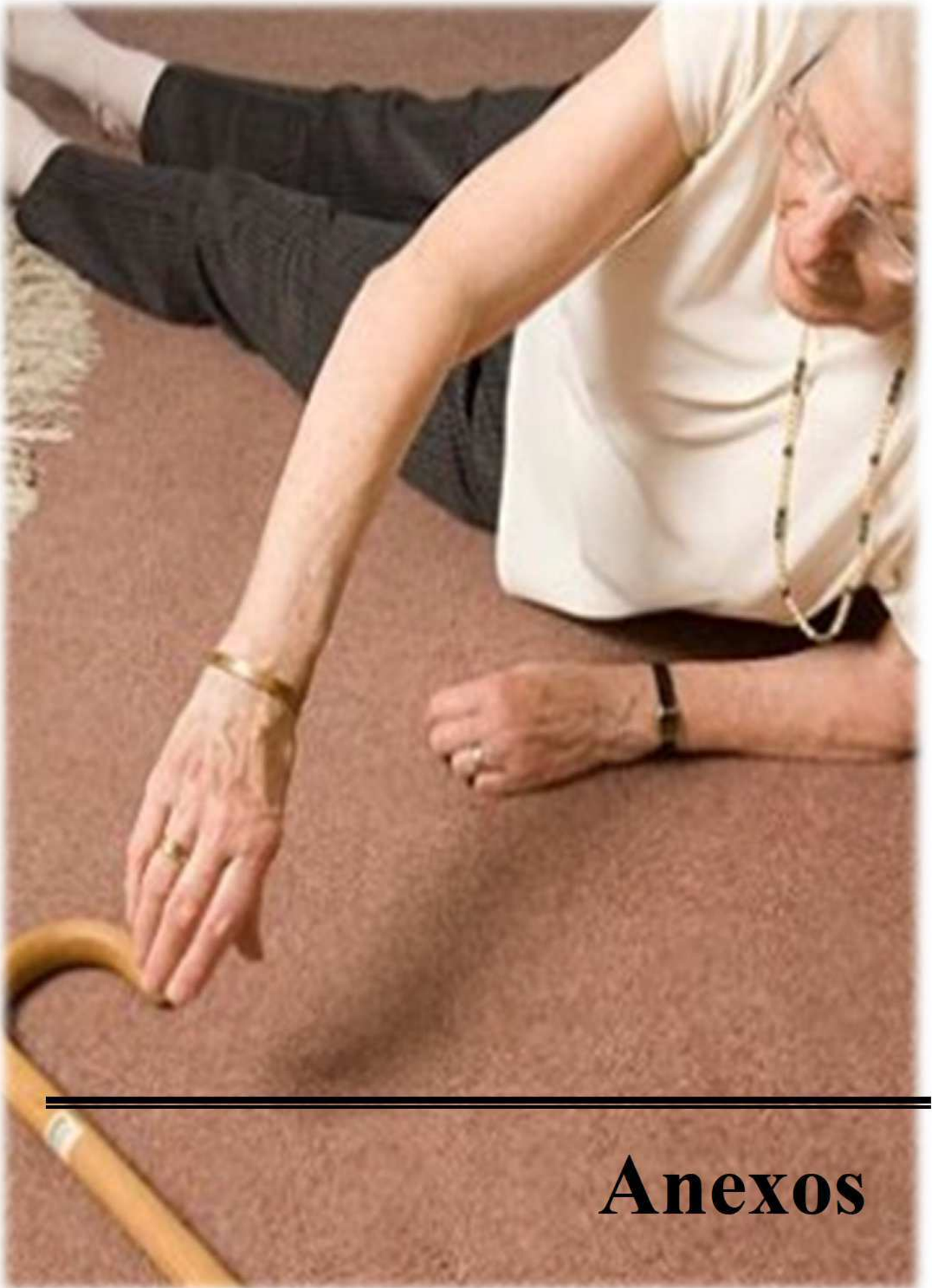
Intitulada “**Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité - PB**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

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

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

Giannini Cunha de Araújo
Orientando



Anexos

ANEXO A

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000
CNPJ: 08.732.174/0008-27

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “**Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité - PB**” desenvolvida pelo aluno **Giannini Cunha de Araújo** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato**, estando autorizada a realização do referido estudo no Município de Campina Grande – Paraíba.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia Saúde da Família

ANEXO B**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **Giannini Cunha de Araújo** intitulado “**Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de cuité - PB**”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

ANEXO C

CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Quedas em idosos: análise da frequência e dos fatores de risco prevalentes no município de Cuité.

Pesquisador: Isolda Maria Barros Torquato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22370213.4.0000.5575

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 500.721

Data da Relatoria: 06/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa a ser desenvolvida no município de Cuité, PB, com uma amostra de idosos cadastrados na Atenção Básica de Saúde - Unidades Básicas de Saúde da zona urbana.

Objetivo da Pesquisa:

-Identificar a frequência de quedas e os fatores de risco prevalentes entre os idosos do município de Cuité-PB.

-Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sócio-demográficos;-Verificar a influência dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para a ocorrência das quedas entre os idosos;-Identificar as consequências físicas e psicológicas das quedas entre os idosos;-Avaliar a participação dos profissionais de saúde quanto à prevenção de quedas entre os idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Excetuando-se o constrangimento, a pesquisa não apresenta risco às pessoas a serem entrevistadas.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa contribuir para a identificação dos possíveis fatores de risco envolvidos nos episódios de quedas entre os idosos e consequentemente subsidiar a prevenção destes eventos no município de Cuité - PB.

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: 500.721

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é inovadora, apresenta relevância científica para a comunidade a ser investigada, considerando a abordagem temática e metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 18 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)