

# **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**RODRIGO DA COSTA PEDROSO**

**ACIDENTES POR QUEDA E O COTIDIANO DA PESSOA  
IDOSA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**URUGUAIANA  
2015**

**RODRIGO DA COSTA PEDROSO**

**ACIDENTES POR QUEDA E O COTIDIANO DA PESSOA IDOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Letícia Silveira Cardoso

**URUGUAIANA  
2015**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pelo autor através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

P372a Pedroso, Rodrigo da Costa  
Acidentes por queda e o cotidiano da pessoa idosa / Rodrigo da Costa Pedroso.  
61 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pampa,  
ENFERMAGEM, 2015.

"Orientação: Letícia Silveira Cardoso".

1. Acidentes por queda. 2. Enfermagem. 3. Pessoa Idosa. I. Título.

**RODRIGO DA COSTA PEDROSO**

**ACIDENTES POR QUEDA E O COTIDIANO DA PESSOA IDOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho defendido e aprovado em: 04/12/2015

**Banca examinadora**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Letícia Silveira Cardoso – Enfermagem, Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cenir Gonçalves Tier – Enfermagem, Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA

---

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Valdecir Zavareze da Costa – Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus pelas bênçãos derramadas sobre mim durante todo este caminho percorrido, salientando que sem Ele em minha vida nada eu seria.

Aos meus pais, Osmar (in memorian) e Leonor, por toda a educação dispensada durante os meus ensinamentos. Pais amados meus exemplos de vida, pessoas honestas e humanas. Tenho a certeza que mais uma vez encho minha mãe de alegria deixando-a orgulhosa de mim. Fico triste pela ausência do meu pai em mais este momento especial da minha vida, ele partiu prematuramente deixando-nos com muita saudade, mas Deus sabe de todas as coisas, e há impressão que temos é a que Ele sempre quer pessoas especiais ao seu lado. Deixo aqui a minha gratidão eterna a vocês.

Agradeço a minha esposa, Thaline, esta mais que minha mulher, minha amiga, minha parceira, minha companheira, obrigada pela paciência, amor, carinho e compreensão durante esta caminhada.

À minha família, meus sogros, Edison e Claudia, à minha irmã Fernanda, ao meu filho Guilherme, e aos que mesmo não sendo citados um a um, sabem o quanto vos amo e o quanto são importantes em minha vida. Obrigada a todos pelo incentivo, pela força, pela ajuda em todos os momentos, sou grato a Deus por ter me destinado a uma família tão maravilhosa.

Aos meus colegas de curso, uma turma maravilhosa, vivemos bons momentos e superamos muitos obstáculos juntos.

Aos colegas e amigos da Brigada Militar, trago o meu muito obrigado pela flexibilidade e ajuste dos horários para que eu pudesse desenvolver as minhas atividades acadêmicas em paralelo com a minha atividade Policial Militar.

Aos professores que através das suas formações contribuíram com seus conhecimentos e dedicação para meu crescimento profissional, especialmente à minha orientadora Letícia Silveira Cardoso que me guiou nesta difícil etapa de confecção deste trabalho tão importante para conclusão do curso. Obrigada professora por cada orientação, sempre demonstrando muita dedicação, com certeza você é um modelo de profissional a ser seguido.

Enfim agradeço a todas as pessoas aqui citadas e a tantas outras que de alguma forma cruzaram o meu caminho durante a minha formação.

“Deus é o dono de tudo. Devo a Ele a oportunidade que tive de chegar aonde cheguei. Muitas pessoas têm essa capacidade, mas não têm essa oportunidade. Ele a deu para mim, não sei por quê. Sei que não posso desperdiçá-la”. **Airton Senna**

## RESUMO

Este estudo está construído para expressar o modo de vida de pessoas idosas que sofreram quedas. Em torno de 28 a 35% das pessoas com idade igual a 65 anos ou mais tendem a viver episódios de quedas e, em pessoas com mais de 70 anos de idade, este índice aumentará para 32 a 42%. O estudo objetiva analisar o cotidiano da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda, descrevendo as características clínicas da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda e apontar as condições do ambiente doméstico da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e analítico, com uma abordagem quantitativa. Os participantes do estudo foram 11 pessoas idosas que foram atendidas pelo CURE em decorrência de acidentes por queda dentro do seu domicílio. Dentro das características clínicas da pessoa idosa todas são do sexo feminino e 10 (90,9%) residem com mais de dois moradores na residência. Suas as vestimentas estavam em boas condições, seus cabelos estavam limpos e uma (9%) apresentou alterações cutâneas. Das pessoas idosas entrevistadas cinco (45,4%) usavam lentes corretoras e na avaliação da cavidade oral quatro (36,3%) idosos faziam uso de prótese dentária. Os movimentos dos membros superiores estavam limitados em três (27,2%) pessoas, já seis (54,5%) relataram estar com os movimentos dos membros inferiores prejudicados. Nas condições do ambiente doméstico, sete (63,6%) pessoas idosas moravam em casa de alvenaria. Destas três (27,2%) possuem fios aparentes. Quanto à acessibilidade sete (63,6%) apresentaram degraus, rampas sem corrimão e algum tipo de inclinação como acesso a residência. A sala foi o lugar que mais apresentou algum tipo de rachadura no piso, sete (63,6%), em cinco (45,4%) moradias o banheiro não apresentou nenhum tipo de barra de auxílio. A cozinha e o banheiro foram os locais que mais apresentaram fios expostos e baixos, em um total de dois (18,1%) em cada cômodo. Este trabalho buscou visualizar o cotidiano da pessoa idosa que sofreu um acidente por queda, descrevendo as suas características clínicas e as condições do seu ambiente. Os resultados mostraram que todas as pessoas eram do sexo feminino, a maioria residia com mais de duas pessoas e quase metade delas faz uso de lentes corretoras. Mais da metade dos domicílios possuem degraus, rampas e algum tipo de inclinação sem a devida proteção. A enfermagem pode elaborar medidas preventivas em conjunto com a família da pessoa idosa para detectar os fatores de risco físicos e ambientais dentro do domicílio.

**Palavras-chave:** Acidentes por quedas. Enfermagem. Pessoa idosa.

## ABSTRACT

This study is built to express the way of life of elderly people who have suffered falls. Around 28 to 35% of people aged 65 years or more episodes tend to live falls and, in people over 70 years old, this index will increase to 32 to 42%. The study analyzes the daily life of the elderly who experienced an accident by dropping, describing the clinical features of elderly person who experienced an accident by falling and point the conditions of the home environment of the elderly who experienced an accident by falling. This is an exploratory-descriptive and analytical study, with a quantitative approach. Study participants were 11 elderly people who were served by CURE due to accidents by fall within your home. Within the clinical features of elderly are all female and 10 (90.9%) live more than two residents in the residence. His garments were in good condition, his hair was clean and one (9%) had skin changes. The elderly interviewed five (45.4%) wore corrective lenses and evaluating the four oral cavity (36.3%) elderly were using dental. The movements of the upper limbs were limited in three (27.2%) people, already six (54.5%) reported being with the movements of the lower harmed members. Under the conditions of the domestic environment, seven (63.6%) elderly people lived in brick houses. Of these three (27.2%) have apparent wires. Accessibility to seven (63.6%) had stairs without handrails and ramps some sort of inclination to access the residence. The room was the place that showed some sort of crack in the floor, seven (63.6%) in five (45.4%) houses the bathroom did not have any kind of assistance bar. The kitchen and bathroom were the places that most had exposed wires and downs in a total of two (18.1%) in each room. This study aimed to see the daily life of the elderly person who had an accident by dropping, describing their clinical characteristics and the conditions of their environment. The results showed that all people were female, most resided with more than two people and almost half of them makes use of corrective lenses. More than half of households have stairs, ramps and some sort of inclination without proper protection. Nursing can work out preventive measures in conjunction with the elder family to detect physical and environmental risk factors within the household.

Keywords: Accidental falls. Nursing. Elderly.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária.
- AIVD – Atividades Instrumentais de Vida diária.
- AVE – Acidente Vascular Encefálico.
- BVS – Biblioteca Virtual de Saúde.
- CIPNSP – Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- CURE – Centro de Urgências, Remoções e Emergências.
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.
- EEB – Escala de Equilíbrio de Berg.
- ESF – Estratégia da Saúde da Família.
- FES-I – Falls Efficacy Scale–International.
- FRAQ – Falls Risk Awareness Questionnaire.
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio.
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- MFS – Morse Fall Scale.
- MRP – Manobras de reposicionamento de partículas.
- OA – Osteoartrite.
- PDC – Posturografia Dinâmica Computadorizada.
- PNPS – Política Nacional de Segurança do Paciente.
- REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.
- RV – Reabilitação vestibular.
- RVC – Reabilitação vestibular clássica.
- RVO – Reflexo Vestíbulo-ocular.
- SAOS – Síndrome da apneia obstrutiva do sono.
- SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- SDE – Sonolência diurna excessiva.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- TUGT – Timed Up and Go Test.
- VPPB – Vertigem Posicional Paroxística Benigna.
- WHO – World Health Organization.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
<b>3 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
3.1 Pessoa idosa: um processo de viver .....	14
3.2 Eventos adversos no processo de envelhecimento humano .....	16
3.3 Pessoa idosa e senescência .....	17
3.4 Enfermagem e pessoa idosa.....	20
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
4.1 Conceituação do Fazer .....	23
4.2 Definição do Local.....	23
4.3 Quantitativo Revisado .....	23
4.4 Como Fazer ?.....	23
4.4.1 Busca avançada/Booleana .....	23
4.4.2 Procedimentos da análise dos dados .....	24
4.5 Aspectos Éticos.....	24
4.6 Análise Quantitativa Temática: síntese analítica das informações .....	24
4.6.1 Fatores causais dos acidentes por quedas em pessoas idosas .....	24
4.6.1.1 Fatores de riscos intrínsecos senescentes .....	25
4.6.1.2 Fatores de riscos intrínsecos senis.....	27
4.6.1.3 Fatores de riscos extrínsecos domiciliares.....	29
4.6.1.4 Fatores de riscos extrínsecos institucionais .....	32
4.6.2 A Terapêutica aplicada aos acidentes por quedas em pessoas idosas .....	34
4.6.2.1 Terapêutica não medicamentosa .....	34
4.6.2.2 Terapêutica medicamentosa.....	36
4.7 Conclusão da Literatura.....	36
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	37
5.1. Delineamento do estudo .....	37
5.2 Cenário do estudo.....	37
5.3 Sujeitos do estudo .....	37
5.4 Procedimentos de coleta de dados .....	37

5.5 Asp�ctos �ticos.....	38
5.6 Análise dos dados.....	38
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
6.1 Características Clínicas da Pessoa Idosa .....	39
6.2 Condições do Ambiente Doméstico.....	39
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo está construído para expressar o modo de vida de pessoas idosas que sofreram quedas. Modo particularizado pelo ambiente domiciliar e acrescido pela individualidade de cada um. Esta individualidade constitui-se pelos enfrentamentos pessoais vividos ao longo do processo de envelhecimento e expressam as singulares estratégias de superação ou aceitação dos fatos pela pessoa idosa (PIRES, 2014).

O número de pessoas idosas vem aumentando consideravelmente em todos os países e as quedas representam um grande problema entre as pessoas idosas, principalmente pelos seus resultados indesejados. Alguns destes resultados podem produzir incapacidade temporária, permanente ou até mesmo a morte da pessoa idosa, por isso, as quedas são consideradas um problema de saúde pública e produzem um imenso impacto social (SBGG, 2008).

A escolha do estudo recaiu sobre o aumento de pessoas idosas no Brasil, pois as taxas de fecundidade diminuíram e a expectativa de vida aumentou, então cada vez mais se faz necessário que sejam elaborados levantamentos, estudos e pesquisas que contemplem a realidade e nos ajudem a conhecer as peculiaridades desta população. As próprias instituições de ensino deveriam reforçar os seus currículos, visando um melhor preparo de seus estudantes, desenvolvendo nestes habilidades e conhecimento suficientes para identificar as morbidades que acometem as pessoas idosas. Assim, os profissionais de saúde estejam prontos para elaborar ações e instrumentos que previnam doenças e seus agravos e acima de tudo que possam promover a saúde das pessoas idosas com mais qualidade.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população que está mais aumentando Brasil é a de idosos. No período de 2012 a 2022 as taxas de crescimento elevam-se a mais de 4% ao ano. Com isto o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade que em 2000 era de 14,2 milhões, passa para 19,6 milhões, em 2010, e esses números devem atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (IBGE, 2015).

A World Health Organization (WHO) (2007) refere que em torno de 28 a 35% das pessoas com idade igual a 65 anos ou mais tendem a viver episódios de quedas e, em pessoas com mais de 70 anos de idade, este índice aumentará para 32 a 42%. Com isto fica claramente observado que a frequência de quedas tende a aumentar com idade e associada ao nível de fragilidade que esta pessoa se encontra, ou seja, quanto mais velha a pessoa fica mais vulnerável ela se torna. Em relação as pessoas idosas internadas a longo prazo em algum tipo de instituição, registram-se quedas anuais de 30 a 50%, e entorno de 40% delas são recorrentes.

Através da elaboração de alguns cuidados de enfermagem, o enfermeiro proporciona construção de algumas ações que serão direcionadas à prevenção de quedas da pessoa idosa utilizando-se de medidas de promoção da saúde. Os cuidados serão elaborados fazendo vistas aos assuntos que surgem voltados ao perfil da pessoa idosa que sofreu queda. Merecem um destaque especial, os cuidados relacionados a alimentação da pessoa idosa, principalmente as do sexo feminino, estes cuidados serão voltados a prevenir a diminuição da massa óssea, e estão relacionados a orientações que refletirão diretamente em uma melhor nutrição e alimentação da pessoa idosa. Cabe destacar também o ambiente onde esta pessoa idosa reside, este deve ser o mais seguro possível evitando que a pessoa idosa sofra quedas da própria altura. E um último aspecto, também de grande importância, esta o fortalecimento da musculatura esquelética, buscando enfatizar um desenvolvimento da musculatura que sustenta o corpo, como a musculatura das pernas, por exemplo. As ações preventivas se basearam em orientações, que estimulem a atividade física da pessoa idosa, vindo assim evitar que estas pessoas sofram fraturas através do fortalecimento motor (FREITAS et al., 2011).

A enfermagem através da propositura de ações desenvolveram segundo Freitas et al. (2011, p. 484) “mudanças de hábito dos idosos como: reeducação alimentar, para uma alimentação saudável; reorganização da moradia, tornando o ambiente seguro; e conhecimento do condicionamento físico, para fortalecimento do sistema motor”.

As ações da enfermagem visando à prevenção das quedas e estimulando a promoção da saúde das pessoas idosas estão intimamente ligadas aos afazeres diários destas pessoas e com certeza irão melhorar a execução das suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD). Para tanto a enfermagem deverá estar capacitada a efetuar o acolhimento e prestar os cuidados necessários a fim de restabelecer a autonomia da pessoa idosa fortalecendo a sua capacidade funcional, retardando para um futuro distante um possível grau de dependência destas pessoas (CARDOSO et al., 2014). Nesta perspectiva, o presente estudo está elaborado para responder a questão orientadora: Como são as características da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda e de seu cotidiano? Pressupõe-se que este conhecimento fortalecerá o planejamento e a execução das ações de enfermagem no cuidado a este grupo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o cotidiano da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever as características clínicas da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda;

Apontar as condições do ambiente doméstico da pessoa idosa que vivenciou um acidente por queda.

### 3 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

Esta construção está elaborada para apresentar os diferentes conceitos de pessoa idosa já divulgada. Além de acrescer as manifestações anatomofisiológicas do processo de envelhecimento humano, a queda como evento adverso comprometedor da segurança da pessoa idosa.

#### 3.1 Pessoa idosa: um processo de viver

As taxas de fecundidade estão em baixa nos países em desenvolvimento, levando ao envelhecimento da população. Não havendo o rejuvenescimento da população, o número de adultos prevalecerá, tornando a população mais velha, fortalecendo o envelhecimento populacional (CHAIMOWICZ, 2009).

Neto (2007, p. 105) diz que “o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo”. Brunner; Suddarth (2008, p. 184) referem que “o envelhecimento, processo normal de alteração relacionada com o tempo, começa com o nascimento e continua por toda a vida”. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a, p.06) “Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias”.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), em seu Art. 1º, define a pessoa idosa como aquela com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. De acordo com a WHO (2002), a pessoa idosa pode ser considerada aquela que tem mais de 60 anos em países que estão em crescimento e, para os países que já contam com um crescimento estável esta idade aumenta para 65 anos.

O envelhecimento pode ocorrer de duas formas, a senescente, a qual é compreendida por ser um processo natural e gradual com diminuição da funcionalidade do organismo humano. E, a senilidade, esta por sua vez, representa as alterações patológicas e não somente as do envelhecimento humano. Logo, estas necessitam de uma assistência para além da promoção da autonomia, mas que se utilize dos cuidados curativistas (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento é compreendido por algumas teorias, dentre elas a biológica que faz referencia ao relógio biológico que cada ser vivo possui, também denominado envelhecimento cronológico. O envelhecimento cronológico pode ser descrito a partir do

envelhecimento natural, de dentro do indivíduo, tem muito haver com a genética do ser humano, seria uma forma de envelhecer programada. Outro fator que pode influenciar no envelhecimento cronológico é o estilo de vida que a pessoa leva durante toda a sua existência (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

A fisiologia do corpo no envelhecimento trás varias transformações morfológicas, que são percebidas através das seguintes mudanças:

Externas: as bochechas se enrugam e embolsam; aparecem manchas escuras na pele (manchas senis); a produção de células novas diminui, a pele perde o tônus, tornando-se flácida; podem surgir verrugas; o nariz alarga-se; os olhos ficam mais úmidos; há um aumento na quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz; os ombros ficam mais arredondados; as veias destacam-se sob a pele dos membros, enfraquecem; Encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral; diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras (ZIMERMAN, 2000, p. 21).  
Internos: os ossos endurecem; os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo seu funcionamento; o cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente; o metabolismo fica mais lento; a digestão é mais difícil; a insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia; a visão de perto piora devido a falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada, pode provocar cegueira; as células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se; endurecimento das artérias e seu entupimento provocam arteriosclerose; o olfato e o paladar diminuem (ZIMERMAN, 2000, p. 22).

O envelhecimento pode ser seguido de transformações físicas, psicológicas e sociais da pessoa. As alterações descritas, são fisiológicas e crescentes, manifestam-se em algum período da vida e podem ser de forma acentuada ou mais amena, de acordo com cada genótipo ou conforme os hábitos de vida de cada um. Se o indivíduo, cultivar alguns hábitos saudáveis de vida ele ainda pode atrasar e/ou diminuir o seu desgaste perante os anos (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Filho; Netto (2006), os médicos geriatras reconhecem que as principais metas da medicina preventiva com relação à pessoa idosa deverão ser voltadas a manutenção da sua atividade funcional e cognitiva. Para isto deve ser feito um controle médico com certa periodicidade, manter algumas atividades físicas, exercitar constantemente a sua capacidade cognitiva, fazer um acompanhamento do seu estado nutricional, controlar ou até mesmo eliminar o tabagismo e o alcoolismo. Tais medidas tornarão mais difíceis o aparecimento de doenças e diminuirão o risco de uma futura dependência.

### 3.2 Eventos adversos no processo de envelhecimento humano

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por uma portaria do Ministério da Saúde, traz alguns conceitos, dentre eles o evento adverso que consiste em episódios que trazem como consequências danos aos pacientes (BRASIL, 2013). Segundo Brasil (2013, p. 2) dano é o “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”.

Em concomitância ao PNSP ficou instituído o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Compete a este comitê entre outras atribuições, elaborar dispositivos que visem à segurança do paciente, como exemplo a prevenção de quedas (BRASIL, 2013).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) desenvolveu e publicou Estratégias para a Segurança do Paciente: manual para profissionais da saúde. Neste manual foram reunidas várias atualizações evidenciadas pela prática profissional e por estudos realizados. O manual irá subsidiar as práticas diárias dos profissionais da saúde, visando ao máximo à segurança e evitando danos adversos a saúde dos pacientes atendidos (REBRAENSP, 2013).

Segundo o Caderno da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2007, p. 79), este diz que “A análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS [Sistema Único de Saúde] revela que no ano de 2004 foram realizadas 108.169 internações por violências e acidentes, sendo que 55,38% se deveram a quedas”. No estudo realizado foram apresentados dados por sexualidade, foi demonstrado que o sexo feminino (58.114) foi o que mais utilizou os serviços do SUS por motivos de Saúde. E para as internações hospitalares o que mais pesou foi o imenso número de quedas (BRASIL, 2007).

Segundo Chaimowicz (2009) os índices de mortalidade em consequência das quedas apresentam-se elevados após os 65 anos e aumenta significativamente aos 85 anos. Outro fator a ser observado é o que as mulheres sofrem mais quedas do que os homens, porém a mortalidade entre os homens é mais elevada. Este fato pode ser um sinal de que algo não está tão bem com a saúde do homem, muitas vezes a queda pode estar relacionada a um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Após a queda, muitos idosos desenvolvem a “**síndrome do medo pós-queda**”, um intenso distúrbio de marcha provocado por receio de cair, mesmo na ausência de



comprometimento objetivo da capacidade de deambular (Chaimowicz 2009, p. 97, grifo do autor).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2008) diz que:

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos, integrativos centrais (principalmente cerebelo) e músculoesqueléticos, de forma altamente integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas a idade, doenças e meio ambiente inadequado parecem predispor à queda (SBGG, 2008, p. 4).

A SBGG (2008, p. 3) define a queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”. As quedas em pessoas idosas estão diretamente ligadas a algumas causas e a determinados fatores de risco, sendo que, este segundo ainda pode ser dividido em intrínsecos, extrínsecos (BRASIL, 2006b). As causas das quedas, segundo Brasil (2006b) faz relação com o ambiente, a fraqueza, distúrbios de equilíbrio e de marcha, tonturas e vertigens, alterações posturais e hipotensão ortostática, lesão no sistema nervoso central, síncope e redução da visão.

Brasil (2006b, p. 67) diz que “fatores intrínsecos decorrem das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso”. Segundo Chaimowicz (2009, p. 99, Grifo do autor) os “**Fatores ambientais** são relacionados a fatores externos, como um corredor mal iluminado e tapetes escorregadios”. As quedas acarretam inúmeras complicações às pessoas idosas, dentre as principais estão às lesões de tecidos moles, internações hospitalares, fraturas, coágulos subdurais e em casos mais graves a morte (BRASIL, 2006b).

### 3.3 Pessoa Idosa e Senescência

A população mundial esta envelhecendo rapidamente, os idosos não podem ser deixados de lado pelos governantes, a WHO (2005, p. 8) diz que “Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo”.

A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (WHO, 2005, p. 8).

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013) em seu capítulo IV, o qual faz referência ao direito à saúde, diz que:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2013, p. 14).

A WHO (2005, p. 13) descreve que o “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Os profissionais de saúde devem estar atentos frente às constantes mudanças causadas pelo envelhecimento. Estes devem possuir um olhar crítico e conhecimento suficiente para não achar que toda mudança ocorrida seja resultado do envelhecimento natural, não descobrindo assim uma patologia mais grave com uma importante antecedência, ou pelo contrario, achar que os sinais do envelhecimento são sinais de doença, requisitando que o paciente execute inúmeras consultas desnecessárias (BRASIL, 2006b).

Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades (BRASIL, 2006b, p. 7)

A autonomia da pessoa idosa pode apresentar certo grau de subjetividade, porque existe forte relação com o poder que esta pessoa tem em tomar as suas decisões diante das adversidades encontradas diariamente. Alguns instrumentos foram criados para medir o nível de dificuldade que a pessoa idosa tem em realizar as suas ABVD e AIVD (são exemplos de ABVD: tomar banho, se alimentar, utilizar o banheiro e caminhar pela casa) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), esta por fim é mais voltada as atividades de, por exemplo, fazer compras, executar tarefas domésticas e preparar as refeições (WHO, 2002).

A população idosa é comumente alvo de algumas patologias crônicas, estas muitas vezes podem ser estabilizadas através de um controle eficaz, em determinados casos até mesmo evitadas. As pessoas idosas tem uma predisposição em permanecer com uma boa saúde, porém, as comunidades onde vivem devem apresentar uma rede social que busque incentivar as suas atividades, mantendo a pessoa idosa com uma boa disponibilidade

funcional para executar as suas tarefas. A equipe de enfermagem, a qual gere a atenção básica, deve manter e promover grupos de incentivo as pessoas idosas das comunidades, resultando em um grande impacto positivo na saúde destes usuários (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Segundo Brunner; Suddarth (2008, p.186, grifo do autor) “A **gerontologia**, o estudo científico do processo do envelhecimento, é um campo multidisciplinar que se origina das ciências biológica, psicológica e sociológica”.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local (BRASIL, 2006b, p. 09).

A WHO (2005, p. 15) em sua publicação descreve as “Principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo”.

Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana), Hipertensão, Derrame, Diabete, Câncer, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose), Doenças mentais (principalmente demência e depressão), Cegueira e diminuição da visão (WHO, 2005, p. 15).

Os médicos geriatras da Inglaterra conseguiram mapear os cinco problemas mais frequentes que afetam os idosos (CHAIMOWICZ, 2009) e estes foram denominados segundo Chaimowicz (2009, p. 61, grifo do autor) de “**Gigantes da Geriatria**”. Dentre estes gigantes Chaimowicz (2009, p 61) refere a “Íatrogênia; Incontinência Urinária; Instabilidade Postural, quedas e fraturas; Doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e delírium); Síndrome da Imobilidade”. Para os médicos estes acontecimentos têm vários fatores etiológicos distintos, e suas intervenções devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional (CHAIMOWICZ, 2009).

A WHO (2005, p. 21) diz que “Promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde”. Para se prevenir as doenças, as redes devem contar com ações preventivas eficazes e desenvolver terapêuticas, que visem à descoberta e acompanhamento das diversas patologias que acometem as pessoas conforme os anos avançam (WHO, 2005). Tais patologias são descritas pela WHO (2005, p. 21) como “doenças não transmissíveis e lesões”.

Alguns estudos ainda fazem menção aos tipos de prevenções, que segundo a WHO (2005, p. 21) “a prevenção pode ser “primária” (abstenção do uso do tabaco); “secundária” (triagem para detecção precoce de doenças crônicas); ou ainda, “terciária” (tratamento clínico adequado)”.

Segundo Filho, Netto (2006) ações preventivas são de extrema importância para a pessoa idosa, uma vez que não previnem somente as morbimortalidades, mas também preservam as funções biológicas e a qualidade de vida. Estas medidas preventivas devem ser tomadas o mais precocemente possível, pois, quanto mais tardiamente menos eficazes serão.

### **3.4 Enfermagem e a Pessoa Idosa**

A Enfermagem é destacada por Rocha; Almeida (2000, p. 97) como sendo uma das “profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes”.

Os enfermeiros da atenção básica, assim como outros membros da equipe e juntamente com outros instrumentos sociais, formaram subsídios que iram incentivar a intersectorialidade tornando os cuidados de saúde mais eficazes. A atenção primária a saúde visa à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) compõe um solo rico para a realização destas ações. Um dos pontos importantes da articulação destas ações esta a integralidade de uma comunicação efetiva e necessária com as pessoas idosas, a fim de que estas compreendam as orientações que iram contemplar uma melhor qualidade de vida para elas, por exemplo, explicar a eles os malefícios e alterações que o tabaco causa ao organismo (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

A prevenção secundária requer um nível mais elevado de cuidados à saúde, esta deve contar com quadro de profissionais que possuam uma capacitação técnica mais elevada para que haja uma detecção precoce das doenças crônicas. Esta atenção demandara mais recursos tecnológicos, com aparelhos mais sofisticados que não são encontrados na atenção básica. Contudo o ingresso dos pacientes nos mais elevados níveis de atenção à saúde devem ser encaminhados pela equipe de enfermagem da atenção primaria, a fim de formar um elo ajudando a fortalecer o tratamento das doenças crônicas em todos os níveis de atenção a saúde (OPAS, 2012).

A enfermagem também se faz presente atenção terciaria ou de alta complexidade, nesta atenção o paciente já tem a patologia instalada e requer cuidados mais complexos que

iram auxiliar no processo de cura da doença. Segundo a lei do exercício profissional o enfermeiro realiza cuidados diretos de enfermagem aos pacientes que estejam em situações graves com risco de morte e concretiza cuidados de enfermagem que possuam uma maior complexidade técnica e que tenham uma exigência de conhecimentos de base científica e capacidade da tomada de decisões rápidas (CAMELO, 2012).

A Carta De Ottawa (1986, p. 1) diz que “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A enfermagem deve contar com uma atenção especial e um melhor acolhimento da pessoa idosa que busca o serviço de saúde. O enfermeiro que atende a pessoa idosa no âmbito de atenção básica, tem como responsabilidade fazer com que esta pessoa tenha o entendimento de que para ela ter uma boa saúde se faz necessário manter hábitos saudáveis de vida. Neste contexto o enfermeiro deve criar meios de promover a saúde e uma melhor qualidade de vida a esta pessoa idosa, a fim de evitar os agravos que mais acometem estas pessoas no processo de envelhecimento. Para tanto o enfermeiro e sua equipe não devem focar somente no indivíduo como um ser isolado, mas sim observar todo o contexto em que a pessoa idosa esta inserida, buscando fazer uma aproximação deste usuário, e seus familiares, com a equipe para que essa possa ofertar um serviço de saúde de melhor qualidade a pessoa idosa (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Em relação à atividade educativa de enfermagem considera-se que é necessário continuar buscando diagnósticos, representações de processos de adoecimento no contexto em que a população alvo da educação em saúde esteja inserida, e manter o diálogo, pois ele propicia a troca de experiências extremamente importante na promoção da saúde dos portadores de doença crônica (MANTOVANI et al., 2011, p. 667).

Os enfermeiros não podem disponibilizar as pessoas idosas que apresentam um estado crônico de saúde somente um tratamento convencional, e sim algo que abranja a completa experiência de vida do paciente, pois a saúde esta intimamente ligada aos acontecimentos diários das pessoas, para tanto se faz necessário um acompanhamento interdisciplinar destes pacientes. A enfermagem tem muito a contribuir com a saúde da pessoa idosa portadora de alguma debilidade crônica, uma vez que pode melhorar a sua qualidade de vida, fazendo incentivos e organizando espaços onde poderão ser realiados encontros, grupos, que proporcionem um momento oportuno para que as pessoas idosas venham a trocar informações, descobrir as suas próprias qualidades pessoais e de certa forma voltando a se

socializar com as demais pessoas. Com isso as pessoas idosas poderão ver com um novo olhar as suas perspectivas de vida e enfrentaram de forma mais saudável o seu quadro de adoecimento. Outro aspecto importante seria a participação de familiares nestes grupos, além de deixarem as pessoas idosas mais confiantes, estes ainda se beneficiaram aprendendo a compreender de outra forma as cronicidades enfrentadas por seus familiares, e ambos juntos irão buscar novas formas de enfrentamento destas doenças (TRETINI et al., 2005).

Estudo realizado diz que as pessoas idosas com condições crônicas de saúde relacionadas ao sistema cardiovascular, respiratório e neurológico, são as que mais sofrem internação em instituições hospitalares, por isto devem ser aumentados os investimentos em medidas de promoção da saúde, assim haverá um melhor controle de alterações já instaladas nos pacientes, visando a prevenção do aparecimento de complicações mais severas destas doenças, diminuindo o número de internação das pessoas idosas (SILVA et al., 2013)

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Conceituação do fazer**

Trata-se de um levantamento bibliográfico de caráter exploratório, descritivo, analítico com corte transversal ao processo de produção científica.

### **4.2 Definição do Local**

O levantamento bibliográfico está contido dentro de um espaço de divulgação online das produções científicas nacionais e internacionais na área de ciências da saúde, constituído pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

### **4.3 Quantitativo Revisado**

Compõem-se por um conjunto de 74 artigos científicos, selecionados a partir dos seguintes critérios de refinamento: ser artigo, disponível em formato completo, de acesso livre e estar publicado nos idiomas: português, espanhol e inglês.

### **4.4 Como fazer?**

Esta etapa de exploração sistematizada do universo da produção científica online fundamentou-se na busca de termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Encontrou-se somente o descritor: acidentes por queda com definição ratificadora para os objetivos deste estudo. Com fins a qualificar os dados em relação à temática já apresentada acresceu-se ao refinamento dos dados a palavras-chave, idoso.

#### **4.4.1 Busca Avançada/Booleana**

Cruzaram-se os descritores: acidentes por queda e idoso, encontrou-se um total de 368 arquivos. Destes 195 tinham o texto completo disponível; 134 arquivos apresentavam como assunto principal acidentes por queda. Em formato de artigo estavam disponíveis 126 arquivos.

Como critérios de inclusão utilizou-se o período intervalar de 2006 a 2015 para o refinamento dos dados e a indexação na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Justifica-se a escolha de tais critérios, respectivamente, em decorrência da aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006) e para a garantia do acesso completo aos artigos de modo gratuito. Deste modo, nos últimos 10 anos foram encontrados 114 artigos e 74 constituíram-se no universo definitivo deste estudo por atenderem o último critério de inclusão referido.

#### **4.4.2 Procedimento de análise de dados**

Primeiramente, realizou-se a leitura dos 74 artigos que atenderam aos critérios de refinamento. Seguindo para a leitura na sequência: título, resumo, conclusão e resultados com finalidade de conhecer os fatores causais que predispõe as pessoas idosas as quedas e as terapêuticas aplicadas a elas.

Aplicou-se aos 74 artigos uma abordagem qualitativa temática (SILVERMAN, 2009), emergindo duas categorias teórico-empíricas: Fatores causais dos acidentes por quedas em pessoas idosas e A terapêutica aplicada aos acidentes por quedas em pessoas idosas.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Os aspectos éticos foram todos respeitados, visto que, todos os autores consultados estão devidamente citados e referenciados ao longo deste estudo. Além disso, adicionou-se o ano de publicação das obras, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que tem por princípio defender os direitos autorais (BRASIL, 1998).

#### **4.6 Análise Qualitativa Temática: síntese analítica das informações**

##### **4.6.1 Fatores causais dos acidentes por quedas em pessoas idosas**

Nesta categoria teórico-empírica, dos 74 artigos investigados, 36 apresentavam fatores de riscos intrínsecos e 33 extrínsecos. Dos 36 artigos que apresentavam fatores de riscos intrínsecos 18 referiam-se a aspectos senescentes no processo de envelhecimento, ou seja, não patológicos. Já 18, referiam-se a aspectos da senilidade, ou seja, patológicos.



#### 4.6.1.1 Fatores de risco intrínsecos senescentes

Almeida et al. (2012, p. 432) diz que “Os fatores intrínsecos que predisõem ao risco de queda e fraturas são: faixa etária mais elevada; autopercepção ruim da visão e autopercepção ruim da saúde”.

As pessoas idosas do sexo feminino apresentam uma prevalência maior de medo de queda recorrente. As mulheres com um baixo convívio social demonstram uma associação maior a ter uma reincidência nos acidentes por quedas (ANTES et al., 2013)

Segundo Fhon et al. (2013) as pessoas idosas referem apresentar alterações no equilíbrio. Este primeiro fator associado com o grau de fragilidade, pode ser determinante para que aconteçam as ocorrências de quedas.

A queixa de tontura em função do número de quedas, corrigida pela idade, mostrou ser significativa, a idade sendo um fator independente para tontura. Desequilíbrio em função do número de quedas, corrigido pela idade, mostrou ser significativo, isto é, idade é um efeito independente para desequilíbrio (BRETAN et al., 2013, p. 20).

Chianca et al. (2013, p. 239) descreve que “o fator de risco capacidade cognitiva dos idosos apresentou-se relacionada estatisticamente com a ocorrência de quedas”. Outro fator significativo que aumenta o risco de quedas entre as pessoas idosas é descrito como avanço da idade (CHIANCA, 2013).

As pessoas idosas que são do sexo feminino tem predisposição a quedas, porém, este risco aumenta se a idade for acima dos 80 anos, se a pessoa necessita de auxílio humano e/ou de outro dispositivo que auxilie a sua locomoção (CRUZ et al., 2012).

O envelhecimento traz muitas consequências desagradáveis ao corpo humano. Dentro destas consequências estão vários fatores que predis põe a pessoa idosa ao risco que quedas por exemplo, alterações do equilíbrio, fraqueza muscular, vertigem, dificuldades para caminhar, entre outros (FHON, 2012).

As notas obtidas pelas mulheres idosas no Teste do Alcance Funcional e na Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti apresentaram significância para esta amostra, sendo que se pode relacionar baixas notas tanto no alcance funcional quanto na Escala de Tinetti com a ocorrência de quedas. Portanto, o fator estado de equilíbrio corporal apresentou-se como o maior preditor de quedas nesta população (GAI et al., 2010, p. 329).

A função muscular do joelho de uma pessoa idosa deve ser avaliada com grande importância durante a avaliação clínica dos idosos, uma vez que pode ser direcionada uma

intervenção mais assertiva, assim, pode-se evitar que ocorra o primeiro evento de queda e até mesmo a sua recorrência. Uma sugestão a ser seguida é a de que as musculaturas dos joelhos possam ser treinadas durante a execução de atividades funcionais (JACQUEMIN et al., 2012).

As características físicas das pessoas idosas avaliadas pelas medidas antropométricas não podem ser associadas Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e sonolência diurna excessiva (SDE). Consecutivamente não representa fatores de risco para acidente por quedas em pessoas idosas (BURGOS; CARVALHO, 2012).

A taxa de quedas entre os idosos, que se mantém mais ativos, é mais baixa do que a dos idosos que tem uma atividade física reduzida. Os fatores relacionados às quedas se diferenciam de acordo com o nível de atividade física dos pacientes idosos. A associação de quedas e a diminuição da auto-suficiência nos idosos mais ativos sugerem que as quedas podem desencadear um comportamento de proteção e sintomas depressivos nos idosos (PERRACINI et al., 2012).

O autor recomenda a implantação do Timed Up and Go Test (TUGT) (avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico), este pode ser implantado e utilizado em cuidados básicos de saúde e na rede ambulatorial como teste de triagem para o risco de quedas em idosos residentes nas comunidades (ALEXANDRE et al., 2012).

A ocorrência de quedas em idosos pode resultar em um problema de saúde com grande relevância. Após um evento de queda pode ser acarretado ao idoso uma grande variedade de consequências, que podem ser desde danos físicos até o isolamento e perda da autonomia. Diante da gravidade destas consequências, se faz necessário a implantação de programas eficazes de prevenção das quedas (MAIA et al., 2011).

As pessoas idosas que praticam atividade física regular apresentam um autorrelato menor de quedas em relação pessoa idosa que não pratica nenhum tipo de atividade física. Assim, as pessoas idosas que praticam algum tipo de atividade física apresentam um menor risco de cair (SANTOS et al., 2011).

O envelhecimento traz muitas fragilidades que acometem as pessoas idosas. A baixa autoconfiança do idoso, frente a sua fragilidade, é um fator antecessor de um evento por queda. A sua autoestima diminui muito após um episódio ou recorrência de uma ocorrência por queda. A senescência traz com ela a degeneração física e psicológica da pessoa idosa, implicando diretamente no seu comprometimento funcional (CARVALHO et al., 2010).

As práticas regulares de exercícios físicos diminuem consideravelmente o risco de queda entre as pessoas idosas, este fator pode estar ligado a maior mobilidade destas pessoas. Já pelo contrario as pessoas idosas sedentárias tem uma predisposição 15 vezes maior de

sofrer quedas com relação a aquela que se mantém ativa, esse fator se deve pela menor mobilidade destas pessoas, o que leva a uma diminuição da sua musculatura, deixando o corpo mais frágil e mais susceptível as ocorrências de quedas (PIMENTEL; SCHEICHER, 2009).

Com o avanço da idade e alterações na estrutura e na função do sistema nervoso, os idosos necessitam de mais tempo para responder e reagir a estímulos. Uma redução na síntese e metabolismo dos principais neurotransmissores provoca condução mais lenta dos impulsos nervosos. (SILVA et al., 2007, p. 68)

As quedas são os fatores que mais corroboram para a manutenção elevada do índice de mortalidade por causas externas na população idosa. O sexo masculino e a localização geográfica no Brasil são fatores associados (MACIEL et al., 2010).

#### **4.6.1.2 Fatores de risco intrínsecos senis**

A queda em pessoas idosas pode ser desencadeada por vários fatores que reunidos levam a ocorrência desse agravo. Se houver uma associação entre a dor crônica e osteoporose ou incontinência urinária aumentam-se as chances de quedas entre as pessoas idosas (DELLAROZA et al., 2014)

O hábito de tirar cochilos diurnos e sintomas depressivos aumentou consideravelmente às ocorrências de quedas nas pessoas idosas. Estar com 80 anos ou mais e ser do sexo feminino, também são fatores que tem tendência expressiva em alavancar o número de quedas nesta população (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013)

O uso de medicamentos pelas pessoas idosas, especialmente diuréticos e benzodiazepínicos, deve ser feito de forma racional, pois as medicações descritas potencializam risco de quedas entre esta população (REZENDE; CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

Os testes Posturografia Dinâmica Computadorizada (PDC) e Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) evidenciam que pessoas idosas com histórico de acidentes por quedas possuem menor equilíbrio, logo maiores chances de novos episódios (MÜJDECI; AKSOY; ATAS, 2012).

A osteoartrite (OA) de joelho é um fator de risco para acidentes por quedas em sentido anteroposterior em mulheres idosas. Já com histórico de quedas anteriores, o risco torna-se presente independentemente da OA de joelho, pois amplia a oscilação em sentido médio lateral (PETRELLA et al., 2012).

As pessoas idosas que apresentam distúrbios vestibulares, como a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), referiram à instabilidade postural como sintoma mais frequente. Esta instabilidade postural com certeza demonstra-se ser um fator causal para um acidente por queda, uma vez que a pessoa idosa tende a perder o equilíbrio do corpo (SOUSA et al., 2011).

Em pessoas idosas do sexo feminino, residentes na comunidade, tem como fator de risco mais encontrado, que certamente predispõe a pessoa a cair é um histórico anterior de quedas (GAMA; CONESA, 2008).

O medo de queda e a tendência a quedas são referidos pela maioria dos idosos com vestibulopatia crônica. A queda é mais freqüente pela manhã, fora do domicílio e durante a deambulação. A direção propulsiva é referida pela metade dos idosos e as causas mais comuns das quedas são vertigem e tropeço. O número de quedas está associado à restrição das atividades após a última queda e às causas da queda (escorregamento e tontura) (GANANÇA et al., 2006, p. 392).

A tontura é um dos sintomas mais recorrentes em pessoas idosas com diagnóstico médico de síndrome vestibular crônica. Esse sintoma pode manifestar-se em poucos meses ou depois de muitos anos. Porém, o sintoma pode ser desencadeado somente pelo simples fato de virar a cabeça para o lado, estando o idoso sujeito a queda a qualquer momento (GANANÇA et al., 2006).

As mulheres identificadas na pós-menopausa, com idade inferior a 65 anos, apresentaram uma predisposição mais expressiva a quedas, e que o tabagismo foi o fator mais associado ao aumento do número de quedas. Para tanto, se fazem necessárias ações que venham reconhecer os fatores determinantes para quedas (NAHAS et al., 2013). Conforme Nahas et al. (2013, p. 495) as “medidas preventivas se tornam importantes, como a orientação para se abolir o tabagismo”.

Os riscos intrínsecos ao serem investigados quanto à semântica da tradução do Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ) são compreendidos pelas pessoas idosas independente da questão cultural (LOPES; TRELHA, 2013).

Pode-se levantar a hipótese de que a associação encontrada na presente pesquisa, entre prevalência de quedas e depressão, pode se dar em função da ingestão de medicamentos ou, ainda, por diversas outras razões, apontadas na literatura, que os distúrbios depressivos podem ocasionar, como: indiferença ao meio ambiente, adulteração do nível da atenção, redução do comprimento da passada, diminuição da energia, diminuição da autoconfiança, reclusão, inatividade e perdas cognitivas (PRATA et al., 2011, p. 441)

As quedas ocorrem pela associação de diversos fatores. A identificação destes fatores na vida do idoso é de extrema importância para que se possam realizar as intervenções necessárias para a sua modificação. Os riscos de quedas estão associados aos fatores intrínsecos relacionados a patologias que acometem a pessoa idosa (PIOVESAN et al., 2011).

As pessoas idosas portadoras de hipertensão arterial sistêmica muitas vezes fazem uso de mais de um medicamento. Segundo os autores Carlos; Hamano; Travensolo (2009, p. 189) “os medicamentos devem ser cuidadosamente prescritos na população idosa, pois eles podem contribuir para o desequilíbrio, principalmente os sedativos, tranquilizantes, antidepressivos e anti-hipertensivos”.

Costa et al. (2013, p. 827) diz que “Os fatores de risco intrínsecos ou individuais tais como alterações nos pés, equilíbrio prejudicado e déficit proprioceptivo foram os mais relevantes no âmbito das quedas, ao apresentarem maior significância estatística”.

Pessoas idosas que sofreram um Acidente Vascular Encefálico (AVE) tem predisposição a aumentar a preocupação em cair, uma vez que após este episódio pode haver um comprometimento da eficácia da musculatura esquelética, diminuindo o equilíbrio e prejudicando a mobilidade da pessoa idosa. A hemiparesia relatada pelas pessoas pode ser um fator desencadeante para quedas em pessoas idosas (SILVA et al., 2013).

As pessoas idosas que já sofreram quedas ao serem avaliadas clinicamente quanto a percepção sensorial e equilíbrio apresentaram maior probabilidade para reincidência de quedas devido alterações posturais (NASCIMENTO et al., 2009).

Em sua grande parte as pessoas idosas não tem suas alterações visuais diagnosticadas, assim, estas alterações acabam agravando outras incapacidades funcionais, como uma menor agilidade para a leitura. A redução da abrangência do campo visual leva a uma redução de interesse por uma atividade mais excitante, favorecendo um quadro de depressão e o isolamento social, predispondo a pessoa idosa a uma menor mobilidade (PAULA et al., 2010).

#### **4.6.1.3 Fatores de risco extrínsecos domiciliares**

Grande parte dos acidentes por quedas ocorrem dentro da própria residência da pessoa idosa. A maioria das quedas foi da própria altura, tendo como fatores determinantes para o incidente o piso escorregadio, irregular e com desníveis (FHON et al., 2013)

Conforme Pereira et al. (2013, p. 3513) “As quedas são comumente associadas a aspectos físicos e comportamentais, no entanto, as variáveis socioambientais também demonstram ser significativas nesse processo”.

A residência das pessoas idosas, quando não adaptadas corretamente elevam o risco de quedas. Os locais que apresentaram um maior relato de ocorrências de quedas foram o pátio e banheiro, respectivamente, este fato se deve na maioria dos casos a defeitos adversos das condições dos pisos da moradia. Os tipos mais comuns descritos de queda foi a da própria altura, seguida por cair da cama (FHON, 2012).

Segundo Almeida et al. (2012) os fatores extrínsecos que predispõe as pessoas idosas a quedas estão relacionados com o tipo de moradia (residir em casa) e a renda mensal igual ou inferior a um salário-mínimo.

O lar da pessoa idosa deve estar condicionado a sua situação atual de vida, caso contrario, a residência se torna o local onde o idoso mais sofre acidentes por quedas. Não se pode levar como regra, mas estas pessoas são mais acometidas pela queda da própria altura, com tendência a elevar os índices de morbidade e mortalidade entre os idosos (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Grande parte dos acidentes por quedas ocorre dentro da própria casa da pessoa idosa, e comumente ocorre nos horários entre as 06h e às 18h, por serem horários com maior incidência de execução das AVD e AIVD. No sexo feminino o maior número de quedas ocorreu na cozinha, até mesmo, por ser um local de maior permanência para as mulheres. Um fato que chama a atenção, é que as mulheres se sentem mais preocupadas em ter um novo episódio de queda em relação aos homens (COUTINHO; BLOCH; RODRIGUES, 2009).

A queda é tida como principal causa de traumas em pessoas idosas. Os fatores extrínsecos, relacionados ao domicílio, podem ser modificados através de ações preventivas que poderão ser elaboradas pela equipe de saúde e a família, corroborando para a redução das quedas e proporcionando uma melhor qualidade de vida para o idoso (BIAZIN; RODRIGUES, 2009).

O período do dia é o que apresenta o maior índice de quedas, por trata-se do período de maior movimentação das pessoas idosas dentro das suas residências. O quarto foi o local que apresentou o maior número de quedas, seguidos pela cozinha, pois as mulheres passam mais tempo neste ambiente e a escada, que serve para locomoção de um cômodo para outro, local este de grande trafego diário pela pessoa idosa dentro de sua residência (GARCIA; LEME; LEME, 2006).

Parreira et al. (2013) revela que ao avaliar as vítimas de traumas por causas externas, ficou evidenciado que a maior frequência de quedas da própria altura se deu em pessoas idosas com idade igual ou superior aos 80 anos. O local de maior incidência foi dentro das suas residências, devido a problemas do ambiente. O número foi mais elevado entre as

mulheres, tendo como fator associado a maior longevidade do sexo feminino. Isto também demonstra que quanto mais velho se fica maior é vulnerabilidade para quedas.

A tradução do Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ) permitiu compreender que as pessoas idosas identificam seus fatores de riscos extrínsecos apesar das pequenas diferenças semânticas dos termos usados na adaptação do referido questionário (LOPES; TRELHA, 2013).

As pessoas idosas com idade igual ou superior a 80 anos, do sexo feminino tem tendência a cair mais, em relação aos idosos com idade inferior. Segundo Cavalcante; Aguiar; Gurgel (2012, p. 140), “a maioria das quedas apresenta como causa o ambiente doméstico inadequado”. Toda a ocorrência de queda foi acontecida no próprio lar da pessoa idosa e foi relatado que a superfície escorregadia é o fator relacionado ao ambiente doméstico que favoreceu a ocorrência de quedas (CAVALCANTE; AGUIAR; GURGEL, 2012).

Cavalcante; Aguiar; Gurgel (2012, p. 144) afirmam que “São necessárias ações preventivas na atenção primária à saúde, sobretudo em relação à oferta de atividades físicas que certamente contribuiriam com a redução do risco de quedas”.

As quedas ocorrem pela associação de diversos fatores. A identificação destes fatores na vida do idoso é de extrema importância para que se possam realizar as intervenções necessárias para a sua modificação. Os riscos de quedas estão associados aos fatores extrínsecos, muitos desses relacionados ao domicílio da pessoa idosa (PIOVESAN et al., 2011).

As pessoas idosas que relataram ter medo de cair, disseram também que tiveram que reduzir as suas atividades devido ao medo das quedas. Estas pessoas afirmaram que o medo cair aumenta quando andam em lugares escorregadios e tomam banho de chuveiro (DIAS et al., 2011).

A maioria dos acidentes por quedas que acometem pessoas tem relação direta com fatores ambientais (piso escorregadio ou molhado, tapetes espalhados no chão e superfícies de piso irregular). Este primeiro fator, associado aos problemas de equilíbrio, desencadeiam boa parte dos acidentes por queda. Fazendo referência ao local onde ocorreram as quedas, o piso do domicílio foi o mais citado (GAUTÉRIO et al., 2015).

As quedas no ambiente domiciliar tem tendência em ser muitas vezes da própria altura. Continuamente são desencadeadas por um escorregão e/ou tropeção da pessoa idosa dentro da sua residência que muitas vezes não tem a adaptação necessária para a sua condição de saúde. A equipe de enfermagem pode elaborar praticas cada vez mais voltada à

identificação dos fatores de risco que predispõe a pessoa idosa a quedas dentro do seu lar (ARAÚJO et al., 2013).

Segundo Costa et al. (2013, p. 827) “Os fatores extrínsecos, por sua vez, podem ser os mais facilmente passíveis de mudança”. O autor refere que os fatores extrínsecos podem ser modificados, porque muitas vezes tem relação com o ambiente onde a pessoa idosa vive, assim, os profissionais de saúde devidamente treinados podem identificar com antecedência estes fatores de riscos e a tempo podem promover ações que venham a prevenir as quedas (COSTA et al., 2013).

A prevalência de quedas em mulheres é mais elevada do que em homens, a maior parte das quedas ocorre no período da manhã, dentro do domicílio, especificamente no quarto, enquanto os idosos se deslocam nas atividades rotineiras, e em decorrência de tropeços (ANTES; D'ORSIE; BENEDETTI, 2013, p. 480).

A maioria das quedas em pessoas idosas ocorre no ambiente doméstico. Este fato por sua vez, é impactado diretamente pela má condição e falta de adequabilidade do domicílio onde este idoso vive (SILVA et al., 2007).

Um fator provável para quedas em pessoas idosas, que merece destaque, é a falta de familiarização com o seu dormitório, e tal situação ainda aliada a um piso escorregadio aumenta muito a prevalência de quedas das pessoas idosas dentro de suas residências (MACHADO et al., 2009).

#### **4.6.1.4 Fatores de risco extrínsecos institucionais**

A prevalência de quedas entre os idosos institucionalizados é bastante elevada, sendo que o quarto é o local com a maior prevalência para a ocorrência da queda. Este fato pode estar relacionado com o tempo de permanência que a pessoa idosa fica neste cômodo (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011).

As instituições de longa permanência também demandam adaptações para acomodar as pessoas idosas. No âmbito de uma instituição o local onde mais ocorreram quedas foi na rua e no quarto, respectivamente. O turno de maior ocorrência dos sinistros foi o diurno, tendo o turno da tarde o maior índice. Como os motivos causais encontrados para a ocorrência das quedas foi o escorregão e a tontura, respectivamente. O sexo feminino foi o de maior incidência e a faixa etária com maior ocorrência de quedas foi entre os 60 e 69 anos (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010).



Os pacientes hospitalizados devem ser avaliados dentro das primeiras 48 horas de hospitalização, pois constitui uma melhor identificação dos fatores de risco para quedas dos pacientes. A avaliação deve ser realizada conforme a Morse Fall Scale (MFS) (REMOR; CRUZ; URBANETO, 2014).

Os pacientes neurocirúrgicos internados em instituições hospitalares tem um risco elevado de quedas, devido a déficit motor, sensitivo e de equilíbrio. O risco de quedas é aumentado devido a problemas estruturais dos hospitais, para a solução deste problema as instituições devem investir na melhoria de suas estruturas físicas e a equipe de enfermagem pode implementar ações preventivas que venham a diminuir os riscos para as ocorrências de quedas, reduzindo assim o tempo de internação hospitalar dos pacientes (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Nas unidades de internação hospitalar a relação funcionário/paciente é maior, ou seja, são mais pacientes a serem atendidos por um único funcionário. Nestas unidades os pacientes executam algumas tarefas do seu auto-cuidado sem acompanhamento, tal circunstância pode levar ao acontecimento de eventos adversos. Entre as pessoas idosas internadas o evento adverso mais recorrente são as quedas da própria altura (NASCIMENTO et al., 2008).

Um dos problemas encontrados nas pessoas idosas, que estão internadas em instituições de longa permanência, foi à falta da realização de exercícios físicos regulares, o que pode acentuar a dificuldade motora dos membros inferiores, elevando o risco de quedas (MENEZES; BACHION, 2008).

Pessoas idosas com alterações endocrinológicas e hospitalizadas devem ser submetidas a testes rotineiros de sensibilidade, pois apresentam fatores de risco para acidentes por quedas (BRETAN, 2012).

As instituições de longa permanência abrigam pessoas idosas com faixas etárias variadas. Segundo Duca; Antes; Hallal (2013, p. 71) “a prevalência de queda no último ano associou-se significativamente com o fato do idoso apresentar incapacidade funcional e residir em instituições públicas e filantrópicas”. Já em outra análise o aumento da idade teve associação direta com a forma das ocorrências de queda, ou seja, quanto maior a idade do indivíduo, maior a probabilidade dele cair (DUCA; ANTES; HALLAL, 2013).

As pessoas idosas hospitalizadas na maioria das vezes recebem cuidados de um cuidador familiar. Após um evento de queda com fratura do osso do quadril, o paciente necessita de cuidados especiais e os cuidadores não têm a devida orientação sobre os cuidados com as trações fixadas aos pacientes, por exemplo. Este desconhecimento com o tratamento

do paciente pode elevar o índice de recorrência de eventos adversos, aumentando os dias de hospitalização dos pacientes (ROCHA et al., 2010).

Em relação aos idosos institucionalizados, há um agravamento da situação, pois os mesmos dispõem de poucas atividades físicas podendo agravar o ciclo vicioso de envelhecimento, menor capacidade funcional, sedentarismo, atrofia e quedas (ALVES; SCHEICHER, 2011, p. 767).

Ao elencar pessoas idosas hospitalizadas, o estudo encontrou uma baixa predisposição para as quedas, mas segundo Queiroz; Lira; Sasaki (2009, p. 541) “foi possível identificar, naqueles idosos com maior propensão a cair, os fatores de risco associados, como a idade avançada e o uso de auxiliar de marcha”.

Quedas e fraturas ósseas, bem como um peso menor que 60 Kg caracterizam-se como fatores de risco para mulheres idosas hospitalizadas. Para estas tal risco deve ser investigado, a fim de preveni-lo e assim reduzir custos decorrentes de eventos adversos como o prolongamento da hospitalização (SOUZA; KAMADA; GUARIENTO, 2009).

A prevalência de quedas entre as pessoas idosas institucionalizadas é elevada. Os fatores extrínsecos relacionados ao ambiente são os que mais predis põem os idosos a quedas. Para a redução desta prevalência são necessárias medidas de adaptação no ambiente e estimulação a prática de exercícios físicos (NASCIMENTO; VARESCHI; ALFIERI, 2008).

A investigação realizada com responsáveis pelo poder público indicou a ausência de planejamento das vias públicas que se constituem fatores de riscos para acidentes por queda em pessoas idosas (MENDES; VALSECCHI, 2007).

#### **4.6.2 A Terapêutica aplicada aos acidentes por quedas em pessoas idosas**

Nesta categoria teórico-empírica, dos 74 artigos investigados, 11 apresentavam terapêutica não medicamentosa e 01 medicamentosa.

##### **4.6.2.1 Terapêutica não medicamentosa**

A ampliação no tempo de hospitalização pos-fratura em pessoas idosas permite prever intervenções para evitar a reincidência de acidentes por quedas que são fatores contribuintes para elevação da morbi-mortalidade da população idosa (COUTINHO; BLOCH; COELI, 2012).

A aplicação de testes na beira do leito para a avaliação do equilíbrio estático, Teste Clínico de Integração Sensorial e Equilíbrio-modificado e o Teste do Alcance Funcional, no exame físico de rotina da pessoa idosa durante o processo de hospitalização previne o risco de acidentes por quedas (FILHO et al., 2011).

A aplicação de testes na beira do leito para a avaliação do equilíbrio dinâmico, velocidade da marcha - preferencial e máxima; índice dinâmico da marcha, teste senta-levanta cinco vezes e o tempo levanta-e-anda cognitivo e manual, no exame físico de rotina da pessoa idosa durante o processo de hospitalização previne o risco de acidentes por quedas ocasionais (FILHO et al., 2011).

Os acidentes por quedas da própria altura são considerados como trauma predominante em pessoas idosas. As intervenções para reestabelecimento de um nível de saúde incluem predominantemente a craniotomia, pois o seguimento cefálico representa o mais impactado neste tipo de acidente (PARREIRA et al., 2010).

As pessoas idosas com diagnóstico de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), que foram submetidas às manobras de reposicionamento de partículas (MRP), tiveram uma redução no seu número de quedas (GANANÇA et al., 2010).

A massagem do seio carotídeo em pessoas idosas com alterações cardiocirculatórias apresenta maior resposta inibitória na população masculina. Já na feminina esta associada à presença de diagnósticos caracterizados por síncope ou quedas (LACERDA et al., 2008).

A realização do teste da mesa inclinada para avaliação da síncope e das quedas em pessoas idosas com alteração cardiocirculatória não apresenta associação positiva. Assim, pode-se manter a inclinação de 60° para homens e mulheres (BENCHIMOL; SOUZA, 2008).

A intervenção fisioterapêutica apresentou benefícios, segundo Cenci et al. (2013, p. 60) “para a manutenção e/ou melhora do equilíbrio corporal, reduzindo, assim, o risco de quedas e aumentando a independência nas atividades de vida diária (AVD)”.

A escala Falls Efficacy Scale-International (FES-I) foi traduzida e adaptada às condições das pessoas idosas brasileiras que vivem na comunidade. Esta demonstrou resultados positivos frente à análise que avaliou o medo de cair das pessoas idosas, tendo importância diante do planejamento das intervenções a serem aplicadas nesta população (CAMARGOS et al., 2010).

Como opção de tratamento, não farmacológico, a literatura faz menção à fisioterapia em água e solo, esta tem-se demonstrado eficiente para a promoção e a melhora da qualidade de vida e diminui o risco de quedas nas pessoas idosas (CUNHA et al., 2009).

Pessoas idosas que apresentavam distúrbio de equilíbrio com indicação de tratamento pela reabilitação vestibular (RV) foram submetidas a dois protocolos, Protocolo de CAWTHORNE e COOKSEY modificado. O tratamento foi baseado na reabilitação vestibular clássica com treinamento global do sistema de equilíbrio (RVC) e a adaptação do Reflexo Vestíbulo-ocular (RVO), ao final todas as pessoas idosas submetidas à avaliação apresentaram resultado positivo quanto ao restabelecimento do equilíbrio corporal (SIMOCELI; BITTAR; SZNIFER, 2008).

#### **4.6.2.2 Terapêutica medicamentosa**

O uso rotineiro da vitamina D em pessoas idosas contribui para prevenir quedas, embora não se saibam os seus efeitos adversos (BLASCO; LEVITES; MÔNACO, 2010).

### **4.7 Conclusão da Literatura**

Torna-se evidente a expressividade das investigações científicas no tocante a relação entre acidentes por quedas e pessoas idosas na perspectiva da identificação de fatores de risco. Fato que indica o interesse profissional no que diz respeito à promoção da saúde da pessoa idosa, bem como, a ampliação dos cuidados para o ambiente extra institucional dos serviços de saúde. Outra constatação que corrobora com a promoção da saúde da pessoa idosa pode ser observado pela utilização de terapêutica não medicamentosa na produção do cuidado.

É interessante ainda ressaltar que apesar das políticas públicas específicas para pessoa idosa, da existência do estatuto do idoso entre outras legislações, observou-se uma ausência de homogeneidade no intervalo de idade utilizado pelos pesquisadores para caracterizar a pessoa idosa. Esta apresentou uma variação numérica de 15 pontos, ou seja, em um intervalo de 50 a 65 anos.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Delineamento do Estudo**

Caracteriza-se por ser um estudo exploratório-descritivo e analítico, que permite apreender e registrar o fenômeno sem interferir em seus desfechos (SILVERMAN, 2009). E, que tem sua centralidade elaborada para que se possa compreender o cotidiano domiciliar das pessoas idosas, descrevendo as suas características clínicas e apontando as condições do ambiente doméstico das pessoas idosas que vivenciaram acidentes por quedas.

### **5.2 Cenário do Estudo**

Compõe-se pelo ambiente domiciliar de pessoas idosas que vivenciaram quedas e foram atendidas pelo Centro de Urgências, Remoções e Emergências (CURE) do município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. Uruguaiana tem uma população de 125.507 pessoas, das quais 61.057 são do sexo masculino e 64.450 do feminino. A população idosa apresenta os seguintes valores: no intervalo de [60-64 anos], 2.216 pessoas do sexo masculino e, 2.366, do feminino; de [65-69 anos], 1.486 e 1.756; de [70-74 anos], 1.060 e 1.422 respectivamente. Sua distribuição geoespacial revela que 8.046 pessoas vivem na área rural e 117.461 na urbana (IBGE, 2013).

### **5.3 Participantes do Estudo**

Compõem-se por 11 pessoas idosas que foram atendidas pelo CURE em decorrência de acidentes por queda no período de Julho de 2012 a Julho de 2013, segundo os registros das fichas de atendimento, e que residiam, no período da coleta de dados, nos endereços fornecidos no momento do atendimento.

### **5.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Realizaram-se três visitas domiciliares para cada idoso em companhia de um agente comunitário de saúde. Ao ser atendido os pesquisadores, que se encontrava em duplas, se apresentaram a quem os recebeu, explicaram os objetivos da pesquisa, se necessário repetiram

as informações a pessoa idosa e solicitaram a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aqueles que consentirem em participar.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2014 por meio da observação sistemática (ANEXO I), pública, em condições naturais e não participante, das características do domicílio e das pessoas que nele se encontrarem (FLICK, 2009).

### **5.5 Aspectos Éticos**

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos teve-se a preocupação em assegurar o anonimato dos sujeitos investigados, a ausência de risco a integridade pessoal conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa para aprovação, parecer n. 689.306 (ANEXO II) e posteriormente coletaram-se os dados. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante (ANEXO III), esclarecendo-se os objetivos e finalidades da pesquisa, fortalecendo o direito do participante em obter informações a respeito da pesquisa ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo.

### **5.6 Análise dos Dados**

As informações observadas foram digitalizadas e organizadas no Microsoft Word 2010. Aplicou-se uma abordagem quantitativa com uso da estatística descritiva (POLIT; BECK; HUNGLE, 2004). Elaboraram-se duas categorias teórico-empíricas: **Características clínicas da pessoa idosa e Condições do ambiente doméstico.**

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Características clínicas da pessoa idosa**

No estudo foram entrevistadas 11 pessoas idosas, todas do sexo feminino. Apenas uma pessoa idosa referiu morar sozinha e 10 residem com mais de dois moradores na residência. Todos estavam com as vestimentas em boas condições de uso e higiene e em duas (18,1%) pessoas os calçados estavam ausentes ou não foram visualizados. Os cabelos apresentavam-se limpos em todas as pessoas e uma (9%) apresentou alterações cutâneas. Das pessoas idosas entrevistadas cinco (45,4%) usavam lentes corretoras e os demais não usavam. Na avaliação da cavidade oral foi constatado que quatro (36,3%) idosos faziam uso de prótese dentária e uma (9%) não possuía dentes e/ou prótese dentária. Os movimentos dos membros superiores estavam limitados em três (27,2%) pessoas, já seis (54,5%) das entrevistadas relataram estar com os movimentos dos membros inferiores prejudicados, necessitando de algum tipo de auxílio.

### **6.2 Condições do ambiente doméstico**

Foram analisadas as condições da infraestrutura externa da moradia das 11 pessoas idosas que participaram do estudo. Destas, sete (63,6%) moravam em casa de alvenaria, duas (18,1%) em casa de madeira e duas (18,1%) em casa de dois pisos. Todas as residências contam com saneamento básico, acesso à água potável, coleta de lixo e energia elétrica. Destas, três (27,2%) possuem fios aparentes. Quanto à acessibilidade sete (63,6%) apresentaram degraus, rampas sem corrimão e algum tipo de inclinação como acesso a residência.

Referente à infraestrutura interna a sala foi o lugar que mais apresentou algum tipo de rachadura no piso, sete (63,6%), em cinco (45,4%) moradias o banheiro não apresentou nenhum tipo de barra de auxílio. A cozinha e o banheiro foram os locais que mais apresentaram fios expostos e baixos, em um total de dois (18,1%) em cada cômodo.

## 7 DISCUSSÃO

Conforme o Estatuto do Idoso, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são considerados idosos (BRASIL, 2003), portanto, a amostra do presente estudo foi composta por 11 pessoas idosas que contam com 60 anos ou mais de idade. O presente estudo foi realizado com 11 mulheres idosas que foram atendidas pelo CURE após serem acometidas por um acidente por queda. Conforme alguns autores as mulheres tendem a cair mais que os homens. Segundo Siqueira et al. (2007) em um estudo realizado em sete estados brasileiros, a prevalência de quedas entre as mulheres é de 40,1% enquanto nos homens foi de 26,5%. Já no estudo de Fhon et al. (2012) realizado em uma cidade do estado de São Paulo a prevalência de quedas no sexo feminino foi de 68,75% enquanto nos homens este valor foi de 31,25%.

As mulheres idosas estão predispostas a terem uma perda maior de massa muscular em relação aos homens, fato este que irá interferir diretamente em seu equilíbrio corporal. Gai et al. (2010, p. 327) diz que “a condição de equilíbrio corporal apresentada pelas mulheres idosas foi o fator que teve associação com a ocorrência de quedas”. A realização de treinamentos para a manutenção da força muscular e flexibilidade articular exercem grande influência ajudando a restabelecer o equilíbrio corporal em pessoas idosas, conseqüentemente irão reduzir os riscos de quedas e com certeza melhorarão a qualidade de vida da pessoa idosa (ALBINO et al., 2102).

O fato de a pessoa idosa morar sozinha pode não representar um fator de risco para quedas. Conforme estudo realizado por Costa et al. (2013) foram analisados os indivíduos que possuíam quedas e destes a maioria não tinha companheiro, eram aposentados e residiam com familiares. Sendo assim, a pessoa idosa que reside em uma casa com mais pessoas também esta exposta a vivenciar um acidente por queda. A pessoa idosa que mora acompanhada pode ter receio de pedir algum tipo de ajuda para se locomover e acaba realizando mais as suas AVD e AIVD sozinha, assim, esta fica mais exposta aos fatores de risco causadores das quedas.

Quanto ao uso de lentes corretivas ou não, Chianca et al. (2013) assinalaram em seu estudo que não foram encontradas associação de grande significado entre as quedas e a acuidade visual. Na sua análise pouco mais da metade das pessoas idosas estudadas (55,6%) faziam uso de óculos para correção do déficit visual. Portanto, o presente estudo corrobora com tal dado ao identificar que 45,4% das pessoas idosas referiram um déficit na acuidade visual. Já o uso de dispositivo para correção visual referido representa uma estratégia de



proteção que precisa ser observada quanto a diferentes aspectos, dentre estes a manutenção da graduação correta, da limpeza das lentes, entre outros para evitar o risco de queda.

Durante o estudo, foram avaliados os fatores de riscos para quedas, aos quais todas as pessoas idosas estavam expostas. Constatou-se que todas as pessoas moravam em casas. Almeida et al.(2012) realizou um estudo composto por uma amostra de 267 pessoas idosas, de ambos os sexos, todos residentes na capital gaúcha e que vivem na comunidade. Sendo que, o fator de risco extrínseco para quedas mais encontrado nesta população, durante a sua análise, foi o simples fato da pessoa idosa residir em uma casa, pois neste ambiente o idoso desenvolve varias tarefas em seu cotidiano.

Em relação aos fatores de riscos relacionados à acessibilidade, sete (63,6%) das residências apresentaram degraus, rampas e algum tipo de inclinação que dão acesso à moradia. Tal achado se assemelha a um estudo transversal realizado com 240 idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana de um município paulista, o qual obteve como resultado, contribuindo com os fatores de risco para quedas, os desníveis e pisos irregulares que totalizaram um percentual de 57,6% dos fatores extrínsecos que podem ocasionar quedas em pessoas idosas (FHON et al., 2013).

As rachaduras no ambiente predisõem as pessoas idosas a quedas, uma vez podem gerar desníveis no piso do cômodo. No estudo foi revelado que sete (63,6%) moradias apresentavam rachaduras na sala, constituindo assim um fator de risco extrínseco importante para quedas entre as pessoas idosas. As rachaduras geram desníveis no piso e facilitam que a pessoa idosa tropece nestes obstáculos. Antes; Orsi; Benedetti (2013) revelaram nos resultados de um estudo realizado, com pessoas idosas da capital catarinense, que o tropeço e o escorregão foram as principais circunstancias citadas pelas pessoas participantes da pesquisa.

Em cinco (45,4%) das residências visitadas não foram encontradas barras de auxilio dentro do banheiro, contribuindo assim como um forte fator de risco para quedas dentro dos domicílios onde residem mulheres idosas. Em estudo realizado por Ferretti; Lunardi; Bruschi (2013), o qual contou com uma participação de 389 pessoas idosas, e deste total, 191 eram do sexo feminino, evidenciou-se que as quedas podem ocorrer com maior intensidade em determinados cômodos da moradia. Neste caso o banheiro corroborou com 24,94% do número de quedas envolvendo as pessoas idosas do sexo feminino.

Dentro do ambiente doméstico as pessoas idosas ficam predispostas a vários fatores de riscos para quedas. No presente estudo o banheiro e a cozinha foram os locais que mais apresentaram fios expostos e baixos, em um total de dois (18,1%) em cada cômodo. Este fator

de risco ambiental pode estar intimamente ligado aos resultados encontrados em um estudo realizado por Fhon et al. (2012), na sua análise os locais com maiores relatos de quedas entre o sexo feminino, foram o banheiro e a cozinha com 15% cada. Já uma análise realizada por Ferretti; Lunardi; Bruschi, (2013) os seus índices foram maiores 24,94% para o banheiro e 24,08% na cozinha.

A importância da adaptação do ambiente é fundamental para a prevenção de quedas, neste caso não se trata apenas da remoção dos fatores riscos, mas também com a utilização de técnicas que busquem incentivar as práticas de autocuidado da pessoa idosa (SILVA et al., 2007). A atenuação ou a inibição dos fatores de riscos de quedas é de grande relevância para a uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa. Um estudo revela que o medo de cair está mais presente nas pessoas idosas que já vivenciaram um acidente por queda, ele foi mais associado ao sexo feminino (ANTES et al., 2013).

## 8 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou visualizar o cotidiano da pessoa idosa que sofreu um acidente por queda, descrevendo as suas características clínicas e as condições do seu ambiente. Os resultados mostraram que todas as pessoas eram do sexo feminino, a maioria residia com mais de duas pessoas e quase metade delas faz uso de lentes corretoras. Mais da metade das participantes relataram estar com os movimentos dos membros inferiores prejudicados, necessitando de algum tipo de auxílio. Com relação às condições da infraestrutura da moradia, boa porcentagem delas possuem problemas como rachaduras no piso, fios aparentes e não dispõe de barras de auxílio no banheiro. Mais da metade dos domicílios possuem degraus, rampas e algum tipo de inclinação sem a devida proteção. Todos estes fatores reunidos aumentam muito as chances das pessoas idosas vivenciarem um novo acidente por queda.

A enfermagem pode elaborar medidas preventivas em conjunto com a família da pessoa idosa, a fim de detectar os fatores de riscos físicos e ambientais dentro do domicílio. Com os fatores de riscos identificados, estes podem ser modificados e acabarão diminuindo o grau de passividade da pessoa idosa em vivenciar um novo acidente por queda em seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ALBINO, I. L. R.; FREITAS, C. D. L. R.; TEIXEIRA, A. R.; GONÇALVES, A. K.; SANTOS, A. M. P. V. D.; BÓS, A. J. G. **Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio De Janeiro, 2012; 15(1):17-25

ALEXANDRE, T. S.; MEIRA, D. M.; RICO, N. C.; MIZUTA, S. K. **Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly.** Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 381-8, Sept./Oct. 2012

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. **Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrality?** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013 July-Aug.; 21(4): 884-90. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000400884&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000400884&script=sci_arttext). Acessado em: 18 jun. 2015.

ALMEIDA, S. T. D.; SOLDERA, C. L. C.; CARLI, G. A. D.; GOMES, I.; THAIS DE LIMA RESENDE, T. D. L. **Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos.** Rev Assoc Med Bras 2012; 58(4):427-433

ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. D. C.; SILVA, R. A. D. **Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(1):31-40, jan, 2010

ALVES, N. B.; SCHEICHER, M. E. **Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2011; 14(4):763-768

ANTES D. L.; ORSI E. D.; BENEDETTI T. R. B. **Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. EpiFloripa Idoso 2009.** Rev Bras Epidemiol 2013; 16(2): 469-81

ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; BENEDETTI, T. R. B.; ORSI, E. D. **Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(4):758-768, abr, 2013

ARAÚJO, A. M.; MENEZES, R. M. P. D.; MENDONÇA, A. E. O. D.; LOPES, M. D. S.; TAVARES, A. D. M.; LIMA, H. C. F. D. **Perfil da mortalidade por quedas em idosos.** J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 6(3): 863-875

BENCHIMOL, M.; SOUZA, R. O. **Relevância Diagnóstica da Massagem do Seio Carotídeo Durante Teste de Inclinação.** Arq Bras Cardiol 2008; 90(4): 288-292

BIAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. **Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná.** Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(3): 602-8.

BLASCO, P. G.; LEVITES, M. R.; MÔNACO, C. **A vitamina D, em doses elevadas, diminui quedas em idosos.** Diagn Tratamento. 2010;15(2):71.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Legislação correlata [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013. 124 p. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>. Acessado em: 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília 19 out. 2006a. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>. Acessado em: 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica – nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília – DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Caderno Política Nacional do Idoso.** Brasília, dez. 2007. 1ª edição, reimpresso em maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 1º abr. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acessado em: 17 abr. 2015.

BRETAN, O. **Sensibilidade cutânea plantar como risco de queda em idosos.** Rev Assoc Med Bras 2012; 58(2):132

BRETAN, O.; JÚNIOR, J. E. S.; RIBEIRO, O. R.; CORRENTE, J. E. **Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test.** Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(1):18-21.

BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** Editora Guanabara Koogan, 2008. p. 184 – 187.

BURGOS, R. A.; CARVALHO, G. A. **Síndrome da apneia obstrutiva do sono (Saos) e sonolência diurna excessiva (SDE): influência sobre os riscos e eventos de queda em idosos.** *Fisioter Mov.* 2012 jan/mar;25(1):93-103

CAMARGOS, F. F. O.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D.; FREIRE, M. T. F. **Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL).** *Rev Bras Fisioter, São Carlos*, v. 14, n. 3, p. 237-43, maio/jun. 2010

CAMELO, S. H. H. **Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 20 (1): [09 telas] jan.-fev. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_arttext&tlng=pt). Acessado em: 20 jun. 2015.

CARDOSO, L. S.; SILVA, B. T. D.; RODRIGUES, D. D. S.; LEAL, C. L.; PENNER, M. C. **S. Pessoa idosa: capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.** *J. res.: fundam. care. online* 2014. abr./jun. 6(2):584-593. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3193/pdf\\_1246](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3193/pdf_1246). Acessado em: 20 jun. 2015.

CARLOS, A. D. P.; HAMANO, I. H.; TRAVENSOLO, C. D. F. **Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina.** *revista Kairós, São Paulo*, 12(1), jan. 2009, pp. 181-196

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde Ottawa. Novembro de 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acessado em: 21 jun. 2015.

CARVALHO, E. M. R. D.; GARCÊS, J. R.; MENEZES, R. L. D.; SILVA, E. C. F. D. **O olhar e o sentir do idoso no pós-queda.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2010; 13(1):7-16

CARVALHO, M. P. D.; LUCKOW, E. L. T.; SIQUEIRA, F. V. **Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil).** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2945-2952, 2011

CAVALCANTE, A. L. P.; AGUIAR, J. B. D.; GURGEL, L. A. **Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará.** *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO*, 2012; 15(1):137-146

CENCI, D. R.; SILVA, M. D. D.; GOMES, E. B.; PINHEIRO, H. A. Análise do equilíbrio em pacientes diabéticos por meio do sistema F-Scan e da Escala de Equilíbrio de Berg. *Fisioter Mov.* 2013 jan/mar;26(1):55-61

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 172p.

CHIANCA, T. C. M.; ANDRADE, C. R. D.; ALBUQUERQUE, J.; WENCESLAU, L. C. C.; TADEU, L. F. R.; MACIEIRA, T. G. R.; ERCOLE, F. F. **Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG**. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 234-40.

COSTA A.G.S; ARAUJO T. L; OLIVEIRA A. R. S; MORAIS H. C. C; SILVA V. M; LOPES M. V.O. **Fatores de Risco para Quedas em Idosos**. *Rev Rene*. 2013; 14(4):821-8.

COUTINHO, E. S. F.; BLOCH, K. V.; COELI, C. M. **One-year mortality among elderly people after hospitalization due to fall-related fractures: comparison with a control group of matched elderly**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4):801-805, abr, 2012

COUTINHO, E. S. F.; BLOCH, K. V.; RODRIGUES, L. C. **Characteristics and circumstances of falls leading to severe fractures in elderly people in Rio de Janeiro, Brazil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2):455-459, fev, 2009

CRUZ, D. T. D.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. D. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. **Prevalência de quedas e fatores associados em idosos**. *Rev. Saúde Pública* 2012;46(1):138-46

CUNHA, M. F. D.; LAZZARESCHI, L.; GANTUS, M. C.; SUMAN, M. R.; SILVA, A. D.; PARIZI, C. C.; SUARTI, A. M.; IQUEUTI, M. M. **A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo**. Motriz, Rio Claro, v.15 n.3 p.527-536, jul./set. 2009.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. D. M.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. O.; BRAGA, P. E. **Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional – SABE**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(3):522-532, mar, 2014

DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; SANTOS, E. G. S.; VIEIRA, R. A.; DIAS, J. M. D.; PERRACINI, M. R. **Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários**. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 15, n. 5, p. 406-13, set./out. 2011

DICCINI, S. PINHO, P. G. D.; SILVA, F. O. D. **Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos.** Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4)

DUCA, G. F. D.; ANTES, D. L.; HALLAL, P. C. **Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos.** Rev Bras Epidemiol 2013; 16(1): 68-76

FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. **Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio.** Fisioter Mov. 2013 set/dez;26(4):página 753-62

FHON, J. R. S.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; SILVA, A. O.; SANTOS, J. L. F.; RODRIGUES, R. A. P. **Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade.** Rev Saúde Pública 2013;47(2):266-73

FHON, J. R. S.; WEHBE, S. C. C. F.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; STACKFLETH, R.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. **Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional.** Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2012;20(5):[08 telas]

FILHO, E. T. D. C., NETTO, M. P. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2ª Ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FILHO, P. A. M.; MARANHÃO, E. T.; SILVA, M. M.; LIMA, M. A. **Rethinking the neurological examination I.** Arq Neuropsiquiatr 2011;69(6):954-958

FILHO, P. A. M.; MARANHÃO, E. T.; SILVA, M. M.; LIMA, M. A. **Rethinking the neurological examination II.** Arq Neuropsiquiatr 2011;69(6):959-963

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, R. D.; SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A.; SILVA, M. E. D.; PELZER, M. T. **Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação.** Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 478-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a11.pdf>. Acessado em: 21 jun 2015.

GAI, J.; GOMES, L.; NÓBREGA, O. D. T.; RODRIGUES, M. P. **Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(3): 327-32

GAMA, Z. A. D. S.; CONESA, A. G. **Factores de riesgo de caídas em ancianos: revisión sistemática.** Rev Saúde Pública 2008;42(5):946-56



GANANÇA, F. F.; GAZZOLA, J. M.; ARATANI, M. C.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, M. M. **Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica.** Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(4):515-22.

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 2006;72(3):388-93.

GANANÇA, F. F.; GAZZOLA, J. M.; GANANÇA, C. F.; CAOVILO, H. H.; GANANÇA, M. M.; CRUZ, O. L. M. **Quedas em idosos com Vertigem Posicional Paroxística Benigna.** Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(1):113-20.

GARCIA, R.; LEME, M. D.; LEME, L. E. G. **EVOLUTION OF BRAZILIAN ELDERLY WITH HIP FRACTURE SECONDARY TO A FALL.** CLINICS 2006;61(6):539-44

GAUTÉRIO, D. P.; ZORTEA, B.; SANTOS, S. S. C.; TAROUÇO, B. D. S.; LOPES, M. J.; FONSECA, C. J. **Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory Center.** Invest Educ Enferm. 2015;33(1)

GAWRYSZEWSKI, V. P. **A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2): 162-7

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 146. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acessado em: 22 jun. 2015.

JACQUEMIN, J. D. S. A.; SANTOS, P.; GARCIA, P. A.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D. **Comparação da função muscular isocinética dos membros inferiores entre idosos caidores e não caidores.** Fisioter Pesq. 2012;19(1):39-44

LACERDA, G. D. C.; PEDROSA, R. C.; LACERDA, R. C. D.; SANTOS, M. C. D.; PEREZ, M. D. A.; TEIXEIRA, A. B.; FILHO, A. G. D. S. **Prevalência e Preditores da Resposta Cardioinibitória à Massagem do Seio Carotídeo em 502 Pacientes Ambulatoriais.** Arq Bras Cardiol 2008; 90(3) : 163-171

LOPES, A. R.; TRELHA, C. S. **Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ): FRAQ-Brazil.** Braz J Phys Ther. 2013 Nov-Dec; 17(6):593-605

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

MACHADO, T. R.; OLIVEIRA, C. J. D.; COSTA, F. B. C.; ARAUJO, T. L. D. **Avaliação da presença de risco para queda em idosos.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):32-8.

MAIA, B. C.; VIANA, P. S.; ARANTES, P. M. M.; ALENCAR, M. A. **Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):381-393

MANTOVANI, M. D. F.; MENDES, F. R. P.; ULBRICH, E. M.; BANDEIRA, J. M.; FUSUMA, F.; GAIO, D. M. **As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 dez; 32(4):662-8.  
Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400004). Acessado em: 18 jun. 2015.

MENDES, T. D. A. B.; VALSECCHI, V. L. D. A. **Armadilhas do espaço urbano.** einstein. 2007; 5(2):99-104

MENEZES, R. L. D.; BACHION, M. M. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(4):1209-1218, 2008

MÜJDECI, B.; AKSOY, S.; ATAS, A. **Evaluation of balance in fallers and non-fallers elderly.** Braz J Otorhinolaryngol. 2012;78(5):104-9.

NAHAS, E. A. P.; OMODEI, M. S.; CANGUSSU, L. M.; NETO, J. N. **Avaliação dos fatores de risco de quedas em mulheres na pós-menopausa inicial.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(11):490-6

NASCIMENTO, B. N. D.; DUARTE, B. V.; ANTONINI, D. G.; BORGES, S. D. M. **Risco para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio.** Rev Bras Clin Med, 2009;7:95-99

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. D. G.; PADILHA, K. G. **Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar.** Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4)

NASCIMENTO, F. A.; VARESCHI, A. P.; ALFIERI, F. M. **Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 2, de 2008.

NETO, M. P. **Tratado de Gerontologia.** 2ª Ed. rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde.** Washington, D.C., OPAS, ©2012. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21401&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=). Acessado em 18 jun. 2015.

PARREIRA, J. G.; FARRATH, S.; SOLDÁ, S. C.; PERLINGEIRO, J. A. G.; ASSEF, J. C. **Análise comparativa das características do trauma entre idosos com idade superior e inferior a 80 anos.** Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(4): 269-274

PARREIRA, J. G.; VIANNA, A. M. F.; CARDOSO, G. S.; KARAKHANIAN, W. Z.; CALIL, D.; PERLINGEIRO, J. A. G.; SOLDÁ, S. C.; ASSEF, J. C. **Lesões graves em vítimas de queda da própria altura.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(6): 660-4

PAULA, F. D. L.; FONSECA, M. D. J. M. D.; OLIVEIRA, R. D. V. C. D.; ROZENFELD, S. **Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ).** Rev Bras Epidemiol.2010; 13(4): 587-95

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. **Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(3):535-546, mar, 2013

PEREIRA, G. N.; MORSCH, P.; LOPES, D. G. C.; TREVISAN, M. D.; RIBEIRO, A.; NAVARRO, J. H. D. N.; BÓS, D. D. S. G.; VIANNA, M. S. D. S.; BÓS, A. J. G. **Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(12):3507-3514, 2013

PERRACINI, M. R.; TEIXEIRA, L. F.; RAMOS, J. L. A.; PIRES, R. S.; NAJAS, M. S. **Fall-related factors among less and more active older outpatients.** Rev Bras Fisioter, São Carlos. 2012;16(X):X-XX.

PETRELLA, M.; NEVES, T. M.; REIS, J. G.; GOMES, M. M.; OLIVEIRA, R. D. R. D.; ABREU, D. C. C. D. **Parâmetros do controle postural em mulheres idosas com ou sem histórico de quedas associadas ou não à osteoartrite de joelhos.** Rev Bras Reumatol 2012;52(4):507-517

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. **Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.16, n.1, p.6-10, jan./mar. 2009

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. D. **A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 17 (8): 2105 – 2115, 2012.

PIOVESAN, A. C.; PIVETTA, H. M. F.; PEIXOTO, J. M. D. B. **Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):75-83

PIRES, M. D. G. **Risco e exposição domiciliares para queda de pessoas idosas: revisão integrativa da literatura.** 2014. 52 p. TCC (Graduação). Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLE, B.P. **Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa.** In: POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Método, avaliação e utilização.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. P. 163-98.

PRATA, H. L.; JUNIOR, E. D. D. A.; PAULA, F. L.; FERREIRA, S. M. **Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas.** Fisioter Mov. 2011 jul/set;24(3):437-43

QUEIROZ, L.; LIRA, S.; SASAKI, A. **Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.33, n.4, p.534-543 out./dez. 2009

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. REBRAENSP.

REMOR, C. P.; CRUZ, C. B.; URBANETTO, J. D. S. **Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização.** Rev Gaúcha Enferm. 2014 dez;35(4):28-34.

REZENDE, C. D. P.; CARRILLO, M. R. G. G.; SEBASTIÃO, E. C. D. O. **Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(12):2223-2235, dez, 2012

ROCHA, L.; BUDÓ, M. D. L. D.; BEUTER, M.; SILVA, R. M. D.; TAVARES, J. P. **Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril.** Esc Anna Nery (impr.)2010 out-dez; 14 (4):690-696

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.D. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

SANTOS, G. M.; SOUZA, A. C. S.; VIRTUOSO, J. F.; TAVARES, G. M. S.; MAZO, G. Z. **Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg.** Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 95-101, mar./abr. 2011

SILVA, D. A. D.; SANTOS, D. T.; ARAGÃO, F. C.; CAVALCANTE, A. M. R. Z.; STIVAL, M. M.; LIMA, L. R. **Índice de internação de idosos de unidades básicas de saúde do interior de Goiás.** R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 mai/ago; 3 (2): 696 – 705.

SILVA, L. R. V. D.; RODACKI, A. L. F.; REBUTINI, V. Z.; GÓES, S. M.; COELHO, R. W.; STEFANELLO, J. M. F. **Efeitos de curto prazo de um programa de imaginação sobre o medo de queda de indivíduos pós acidente vascular encefálico.** Motriz, Rio Claro, v.19, n.1, p.46-54, jan./mar. 2013

SILVA, T. M.; NAKATANI, A. Y. K.; SOUZA, A. C. S. E.; LIMA, M. D. C. S. **A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos.** Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Jan-Abr; 9(1): 64-78.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIMOCELI, L.; BITTAR, R. S. M.; SZNIFER, J. **Eficácia dos Exercícios de Adaptação do Reflexo Vestibulo-ocular na Estabilidade Postural do Idoso.** Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo, v.12, n.2, p. 183-188, 2008.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; PEDRO C HALLAL, P. C. **Prevalência de quedas em idosos e fatores associados.** Rev. Saúde Pública vol.41 no.5 São Paulo Oct. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em idosos: prevenção.** Projeto diretrizes. São Paulo; 2008. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf). Acessado em: 22 abr. 2015.

SOUSA, R. F. D.; GAZZOLA, J. M.; GANANÇA, M. M.; PAULINO, C. A. **Correlation between the body balance and functional capacity from elderly with chronic vestibular disorders.** Braz J Otorhinolaryngol. 2011;77(6):791-8.

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

TRENTINI, M.; SILVA, S. H. D.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A. **Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde.** Rev. Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):38-45

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.** WHO, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf). Acessado em: 12 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acessado em: 20 mai. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Spain, April, 2002. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf). Acessado em: 20 jun. 2015.

ZIMERMAM, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 21 – 22.

## ANEXO I

## Roteiro de Observação do Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS URUGUAIANA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Projeto de Pesquisa

Envelhecimento Humano: exposições e acidentes domiciliares

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**1. INFRAESTRUTURA EXTERNA**

- 1.1. Tipo de habitação
- 1.2. Conservação da habitação (pintura, rachaduras)
- 1.3. Saneamento básico (rede de esgoto)
- 1.4. Energia elétrica (fios)
- 1.5. Acesso a água potável (registro, poço artesiano)
- 1.6. Coleta de lixo (resíduos sólidos entorno)
- 1.7. Pavimentação (condições)
- 1.8. Acessibilidade (tipos de cercados, portas, calçadas, degraus, rampas)

**2. INFRAESTRUTURA INTERNA [Interior da Residência]****2.1. SALA**

- 2.1.1. Conservação da habitação (pintura, rachaduras)
- 2.1.2. Acessibilidade (tipos de piso, portas, degraus, rampas, corrimões)
- 2.1.3. Mobília
- 2.1.4. Energia elétrica (tipo, altura, fios, interruptores)
- 2.1.5. Acesso a água potável (torneiras, pias, bacias)

**2.2. COZINHA**

- 2.2.1. Conservação da habitação (pintura, rachaduras)
- 2.2.2. Acessibilidade (tipos de piso, portas, degraus, rampas, corrimões)
- 2.2.3. Mobília
- 2.2.4. Energia elétrica (tipo, altura, fios, interruptores)
- 2.2.5. Acesso a água potável (torneiras, pias, bacias)

**2.3. QUARTO**

- 2.3.1. Conservação da habitação (pintura, rachaduras)
- 2.3.2. Acessibilidade (tipos de piso, portas, degraus, rampas, corrimões)
- 2.3.3. Mobília
- 2.3.4. Energia elétrica (tipo, altura, fios, interruptores)
- 2.3.5. Acesso a água potável (torneiras, pias, bacias)

**2.4. BANHEIRO**

- 2.4.1. Conservação da habitação (pintura, rachaduras)
- 2.4.2. Acessibilidade (tipos de piso, portas, degraus, rampas, corrimões)
- 2.4.3. Mobília
- 2.4.4. Energia elétrica (tipo, altura, fios, interruptores)
- 2.4.5. Acesso a água potável (torneiras, pias, bacias)

### **3. ASPECTOS HUMANOS [Pessoa idosa e familiares]**

#### **3.1. CONVIVÊNCIA DOMICILIAR**

3.1.1. Quantitativo

3.1.2. Vínculos familiares (parentesco)

3.1.3. Comunicação verbal (linguagem, expressões faciais e movimentos corporais)

3.1.4. Interações (Familiares e Pessoa Idosa)

#### **3.2. RECEPÇÃO**

3.2.1. Quem

3.2.2. Odores

3.2.3. Vestimentas

3.2.4. Calçados

3.2.5. Cabelos (comprimento, coloração, sujidade)

3.2.6. Pele (integridade, coloração, turgor, elasticidade)

3.2.7. Lentes (presente, ausente)

3.2.8. Cavidade bucal (dentes, odores, coloração)

3.2.9.1. Membros Superiores (movimento, mobilidade, integridade, coloração, unhas)

3.2.9.2. Membros Inferiores (movimento, mobilidade, integridade, coloração, unhas)

#### **3.3. PESSOA IDOSA**

3.3.1. Quem

3.3.2. Odores

3.3.3. Vestimentas

3.3.4. Calçados

3.3.5. Cabelos (comprimento, coloração, sujidade)

3.3.6. Pele (integridade, coloração, turgor, elasticidade)

3.3.7. Lentes (presente, ausente)

3.3.8. Cavidade bucal (dentes, odores, coloração)

3.3.9.1. Membros Superiores (movimento, mobilidade, integridade, coloração, unhas)

3.3.9.2. Membros Inferiores (movimento, mobilidade, integridade, coloração, unhas)

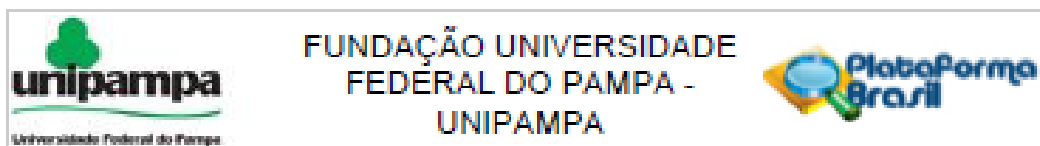
**PESQUISADOR**

**Mantenha a atenção!**



## ANEXO II

## Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Envelhecimento Humano: exposições e acidentes domiciliares

Pesquisador: Letícia Silveira Cardoso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27214614.5.0000.5323

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 689.306

Data da Relatoria: 23/06/2014

## Apresentação do Projeto:

De acordo com o proponente:

O envelhecimento humano caracteriza-se por uma condição inerente ao processo de viver que indica uma fase de maior vulnerabilidade para as pessoas, ditas Idosas (BARBOSA, 2012). As quedas representam o tipo de acidente que compromete a autonomia das pessoas Idosas, muitas vezes alterando sua independência permanente para o desenvolvimento das atividades diárias da vida (SMELTZER; BARE, 2005). Objetivo: Analisar a exposição domiciliar das pessoas Idosas acometidas por quedas em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Metodologia: Estudo exploratório-descritivo e analítico (SILVERMAN, 2009), que será realizado com 100 pessoas Idosas que foram atendidas pelo CURE no período de Julho de 2012 a Julho de 2013, segundo os registros das fichas de atendimento e, que apresentem condições para compreender as perguntas e respondê-las e consentir a realização da investigação. Realizar-se-ão as visitas domiciliares em companhia de agentes comunitários de saúde, no máximo três vezes no mesmo domicílio. Ao ser atendido o pesquisador se apresentará a quem o receber, explicará os objetivos da pesquisa, se necessário repetirá as informações a pessoa Idosa e solicitará a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aqueles que consentirem em participar. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas com a pessoa Idosa

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km502

Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa

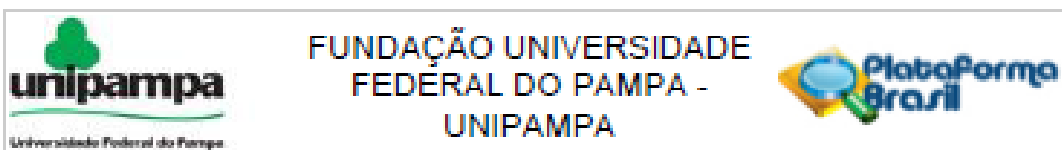
CEP: 97.500-070

UF: RS

Município: URUGUAIANA

Telefone: (55)3413-4321

E-mail: cep@unipampa.edu.br



Continuação do Parecer: 629.206

e a observação sistemática, pública, em condições naturais e não participante das características do domicílio e das pessoas que nele se encontrarem (FLICK,2009). As informações gravadas serão digitalizadas e organizadas no Microsoft Word 2010 e incluídas no software NVivo. Aplicar-se-á uma abordagem qualitativa temática (SILVERMAN, 2009). E, a partir da exaustão na leitura e releitura, apreenderão as categorias analíticas. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos tem-se a preocupação em assegurar o anonimato dos sujeitos investigados, a ausência de risco a integridade pessoal conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, assim submeter-se-á o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Utilizar-se-á o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante, esclarecendo-se os objetivos e finalidades da pesquisa, fortalecendo o direito do participante em obter informações a respeito da pesquisa ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar a exposição domiciliar das pessoas idosas acometidas por quedas em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.

##### **Objetivo Secundário:**

Identificar os fatores de risco, para quedas, presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas. Apontar recomendações para intervenção da enfermagem sobre a exposição domiciliar das pessoas idosas a quedas.

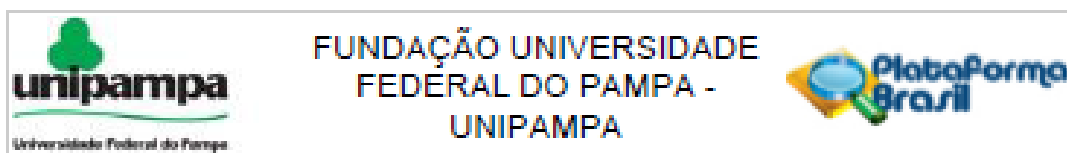
#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

A participação nessa pesquisa implica na exposição mínima tais como cansaço e desconforto, associados ao tempo despendido a participação e a possibilidade de relembrar situações desgastantes. Na presença dos referidos riscos utilizar-se-á como forma de tratamento preventivo a observação dos sinais e sintomas faciais, de dificuldade para manter o diálogo e qualquer relato de desconforto pelo participante. Diante destas situações será

oferecido pelo pesquisador copos de água mineral, que ele carregará consigo, promover-se-ão

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km592  
 Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa CEP: 97.500-070  
 UF: RS Município: URUGUAIANA  
 Telefone: (55)3413-4321 E-mail: cep@unipampa.edu.br



Continuação do Parecer: 686.306

pausas de 15 a 30 minutos no processo de investigação e/ou comunicação. Na permanência dos referidos sinais e sintomas a pesquisa poderá ser interrompida definitivamente ou ser reagendada ou ainda poder-se-á suprimir questionamentos como garantido no TCLE, no qual consta que o participante pode decidir não responder a questionamentos ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo investigativo. Na ocorrência de situações que desencadeiem processos mais agudos auxiliar-se-á no deslocamento da pessoa idosa para o serviço de saúde mais próximo do domicílio como apoio do agente comunitário de saúde.

**Benefícios:**

Os resultados propiciarão aos pesquisadores refletir e elaborar estratégias de cuidado com o ambiente domiciliar para minimizar possíveis acidentes com quedas. Para as pessoas idosas e demais que residem no mesmo domicílio a ampliação da autonomia para a realização das atividades da vida diária. Indiretamente, promoverá uma redução de demanda para a Instituição copartícipe.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, pois se propõe a promover cuidado a população.

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

Folha de rosto- ok

TCLE- OK

Termo de confidencialidade- OK

Autorização da co-partícipe - OK

**Recomendações:**

Todas as considerações do parecer 686.009 de 11/06/2014 foram atendidas

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

Não há pendências ou Inadequações

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km502

Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa

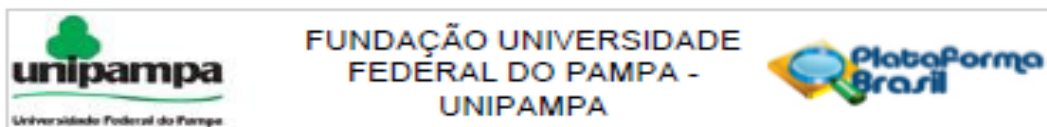
CEP: 97.500-070

UF: RS

Município: URUGUAIANA

Telefone: (55)3413-4321

E-mail: cep@unipampa.edu.br



Continuação do Parecer: 509-306

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a submissão dos relatórios final e parcial são de responsabilidade do pesquisador.

URUGUAIANA, 17 de Junho de 2014

---

Assinado por:  
JUSSARA MENDES LIPINSKI  
(Coordenador)

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km592  
Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa CEP: 97.500-970  
UF: RS Município: URUGUAIANA  
Telefone: (55)3413-4321 E-mail: cep@unipampa.edu.br

## ANEXO III

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante



Comitê de Ética em Pesquisa  
Campus Uruguaiana – BR 472, Km 502  
Prédio Administrativo – Sala 23  
Caixa Postal 118  
Uruguaiana – RS  
CEP 97500-970  
Fone: (55) 3413 4321 Ramal: 2289  
E-mail: cep@unipampa.edu.br

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** Envelhecimento Humano: exposições e acidentes domiciliares

**Pesquisador responsável:** Leticia Silveira Cardoso

**Pesquisadores participantes:** Mariana da Glória Pires, Valquiria Acosta Catarina Carpes, Karen Katiane Moreira Medeiros, Maria Cristina Lopes e Marcelo Clarete Seracini Penner.

**Instituição:** Universidade Federal do Pampa/Uruguaiana – Curso de Enfermagem

**Telefone para contato:** 9090 (55) 96939389

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de um projeto de pesquisa denominado Envelhecimento Humano: exposições e acidentes domiciliares que tem por objetivo analisar a exposição domiciliar das pessoas idosas acometidas por quedas em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa se justifica como fonte para elaboração do trabalho da enfermagem no cuidado a pessoa idosa, permitindo que se pense na organização do ambiente para minimizar as possibilidades de quedas.

Por meio deste documento e a qualquer tempo você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

Você responderá a perguntas feitas pelo pesquisador e que estarão sendo gravadas. Posteriormente, o pesquisador solicitará que você permita que ele conheça seu domicílio e realize anotações sobre possíveis estruturas e objetos que podem causar quedas.

Você poderá apresentar cansaço e desconforto pelo tempo despendido a participação e a possibilidade de relembrar situações desgastantes. Os resultados da pesquisa propiciarão aos pesquisadores refletir e elaborar estratégias de cuidado com o ambiente domiciliar para



Comitê de Ética em Pesquisa  
 Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592  
 Prédio Administrativo – Sala 23  
 Caixa Postal 118  
 Uruguaiana – RS  
 CEP 97500-970  
 Fone: (55) 3413 4321 Ramal: 2289  
 E-mail: cep@unipampa.edu.br

minimizar possíveis acidentes com quedas. Permitirá a ampliação de sua autonomia para a realização das atividades da vida diária. Indiretamente, pode reduzir o número de atendimento de urgência e hospitalizações decorrentes de acidentes por quedas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, exemplos, passagens.

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, e os dados da pesquisa serão armazenados pelo pesquisador Prof<sup>o</sup> Leticia Silveira Cardoso. Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas.

A partir da sua verbalização dos riscos para queda presentes no domicílio, o pesquisador dispor-se-á a elaboração de estratégias de (re)organização do ambiente. E, orientará as pessoas que vivem no domicílio sobre a ergonomia do deslocamento e do uso de dispositivos de auxílio e correção de deficiências, se necessário.

Nome do Participante da Pesquisa / ou responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

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

Local e data \_\_\_\_\_

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Unipampa – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana – RS. Telefone: (55) 3413 4321 - Ramal 2289 ou ligações a cobrar para 55-84541112. E-mail: cep@unipampa.edu.br.