

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS:
UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR.**

Cláudia Mara de Souza Palhares

UBERABA MG

2011

CLÁUDIA MARA DE SOUZA PALHARES

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS:
UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^aEulita Maria Barcelos

UBERABA - MG

2011

CLÁUDIA MARA DE SOUZA PALHARES

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS:
UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Eulita Maria Barcelos

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof^a. Anadias Trajano Camargos (examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte - 17/12/2011

DEDICATÓRIA

A meu esposo Bruno, pelo apoio e amor incondicional, meu porto seguro.

Aos meus filhos Franco e Enzo os tesouros mais valiosos de minha vida, desculpas pelo tempo não dispensado, às vezes, a eles.

A minha mãe Teresinha o exemplo de ser humano espetacular e idosa octogenária maravilhosa.

As minhas colegas de trabalho Cecília, Tatiane e Erivaldo que tanto me deram força na redação desse trabalho.

Aos idosos do “Grupo Nuclear” da Equipe Girassol, que me inspiraram para a construção desse trabalho.

A minha orientadora Eulita que me orientou com tanto carinho e me estimulou a seguir em frente.

EPÍGRAFE

“Não podemos começar e terminar um ano da mesma forma que o anterior. Se ficarmos mais velhos, mais enrugados e mais perto da morte, queiramos ou não, que possamos também fazer algo por nossa livre e espontânea vontade: crescer espiritualmente”

Padre Reginaldo Manzotti

RESUMO

O estudo aborda a prevenção de quedas em pessoas idosas, seus fatores de riscos e as conseqüências em uma revisão de literatura. O objetivo foi subsidiar a elaboração de um instrumento para a avaliação do ambiente domiciliar onde o idoso vive, para ser utilizado pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família durante a visita domiciliar. Na revisão foi evidenciado que o Brasil acompanha a tendência mundial e está em processo de envelhecimento contando hoje com cerca de 17,6 milhões de idosos. As quedas podem ser consideradas um problema de saúde pública na comunidade e com o envelhecimento populacional, passou a ter lugar de destaque entre as causas de internações, mortalidade e incapacidades nos idosos. A literatura mostra que cerca de um terço dos idosos sofrem quedas no ano e as conseqüências vão desde a perda de autonomia, depressão, isolamento, lesões neurológicas, rearranjo familiar, asilamento além do aumento do custo em seu cuidado e maior tempo dispensado pelos profissionais em seu acompanhamento após a ocorrência do evento. As causas das quedas podem ser devido a fatores extrínsecos ou intrínsecos ou da combinação dos dois. Foi elaborado um instrumento de avaliação domiciliar, estilo "check list" para a avaliação do ambiente onde os idosos vivem para corrigir e minimizar os riscos de quedas. A implantação desse instrumento vai facilitar essa avaliação e contribuir para o diagnóstico dos fatores ambientais possibilitando a equipe direcionar suas orientações a família, cuidador e idoso sobre as medidas preventivas e consequentemente diminuindo assim a ocorrência das quedas.

Descritores: Quedas. Idosos. Avaliação do ambiente domiciliar.

ABSTRACT

The study addresses the prevention of falls in older people, their risk factors and consequences in a literature review. The objective was to support the development of an instrument for the assessment of home environment where the elderly live, to be used by practitioners of the Family Health Team during home visits. In the review it was evident that Brazil follows the global trend and is in the aging process today with some 17.6 million older adults. Falls can be considered a public health problem in the community and with the aging population, now has pride of place among the causes of hospital admissions, mortality and disability in the elderly. The literature shows that about one third of elderly people suffer falls in years and the consequences range from loss of autonomy, depression, isolation, neurological damage, rearranging family, asylum beyond the increased cost in their care and more time spent by professionals its follow-up after the event occurs. The causes of falls may be due to intrinsic or extrinsic factors or combination of both. A means of assessing home-style "checklist" for evaluating the environment where the elderly live to correct and minimize the risk of falls. The implementation of this instrument will facilitate the assessment and contribute to the diagnosis of environmental factors enabling the team to direct its guidelines to family, caregivers and seniors about preventive and consequently thereby decreasing the occurrence of falls.

Keywords: Falls. Eldery. Assessment of home environment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVO	13
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	15
4.2 ENVELHECIMENTO E QUEDAS.....	17
4.3 FATORES DE RISCO E CAUSAS DE QUEDAS.....	22
5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA PREVENIR QUEDAS	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A	33

1 INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem aumentando consideravelmente, o que se atribui a uma maior expectativa de vida, provavelmente relacionada a um melhor controle de doenças infecto contagiosas e crônico-degenerativas. Este aumento resulta na necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida (FRANCHI *et al.*, 2005).

Corroborando com o autor acima Matsudo, (2001) reafirma que o aumento populacional é um reflexo das melhorias das condições nutricionais, ambientais, de trabalho, de saneamento, de moradia, além do controle das doenças infecto contagiosas, que fez com que a expectativa de vida da população aumentasse.

Apesar de ser um país ainda jovem, a população idosa vem crescendo a passos largos no Brasil, acompanhando a tendência mundial. O país já conta com 8% dos seus habitantes com faixa etária acima de 60 anos de idade (CHEIK *et al.*, 2003).

O que se vivencia hoje é um Brasil com uma população que envelhece e com demandas de saúde diferentes e assim criando uma realidade que não pode ser negligenciada. Depois de tantas conquistas e esforços que vem sendo realizados durante décadas para o aumento da expectativa de vida, chegou o momento de lutarmos pela qualidade de vida para esses idosos.

CHAIMOWICK *et al.* (2009), menciona que os idosos de hoje são jovens, a maioria tem menos de 70 anos e os idosos com mais de 85 anos, aqueles com maiores demandas sobre a equipe, são o grupo que mais cresce no Brasil e vai se acentuar mais nos próximos anos.

Junto com esses idosos vêm diferentes problemas: medicações mal utilizadas e em grandes quantidades, incontinência urinária, demências, síndrome da imobilidade, risco de quedas, hipertensão arterial, diabetes, depressão. São inúmeras patologias que levam a uma alta prevalência de internações e uma maior busca dos serviços especializados, sem contar com o aumento da demanda nas unidades básicas de saúde. Uma das conseqüências do envelhecimento é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais devido à piora da condição de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). A assistência ao idoso passa a se tornar então um problema de saúde pública.

As famílias dessa população de idosos também, passam por transformações como, por exemplo, a saída das mulheres para o mercado de trabalho gerando sobrecarga, o número menor de filhos nos núcleos familiares e mesmo a modernização da sociedade, que deixa o idoso, na maioria das vezes, à sua margem (CHAIMOWICK, *et al.*, 2009).

Entre as condições que podem agravar os problemas de saúde e de vida das pessoas idosas, tem se destacado as quedas. Elas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos (MARIN, *et al.*, 2007). Podem representar um alto custo sócio econômico em decorrência das lesões físicas agudas, das possíveis fraturas e do risco de morte (MACEDO, *et al.*, 2005).

A elevada incidência de quedas em idosos é um dos indicadores desta tendência observada na velhice. Deve ser encarada como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos que caem com freqüência, mesmo se excluindo os óbitos causados pelo trauma (MINAS GERAIS, 2006).

No Brasil e em diversos países, após estudos, sabe-se que a cada ano, um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda. Só em 2005, foram registradas 57 mil internações por fraturas pós-quedas. É a sexta causa de internação em octogenários (DATASUS 2006).

A gravidade decorrente das quedas reside em suas conseqüências. Aproximadamente 3 a 5% das quedas originam ferimentos graves, como lesões cortas contusas, hematomas e fraturas (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Essas fraturas, dando destaque a fratura proximal do fêmur, trazem efeitos muitas vezes devastadores na vida desses idosos. Nota-se a redução da capacidade de realizar as atividades da vida diária como vestir-se, tomar banho, andar e ainda pior, o idoso torna-se dependente de uma família que muitas vezes não pode dar o suporte que ele necessita.

Um estudo realizado em São Paulo, por Fabrício; Rodrigues; Costa Junior, (2004) apud Chaimowicz *et al.* (2009,p.96) avaliaram os problemas ocorridos com idosos levados a um serviço de saúde de urgência após sofrerem quedas e as conseqüências dessas na vida das pessoas idosas. Nesse estudo o que chamou a atenção dos autores foi a diversidade de problemas surgidos após uma queda. Entre todos foi destacado: “medo de cair, hospitalização, isolamento, modificação de

hábitos, abandono das atividades, lesões neurológicas, imobilizações, mudança de domicílio, rearranjo familiar, depressão e asilamento”. A queda pode se tornar, um “divisor de águas” na vida de um idoso que era considerado saudável e muitas vezes produtivo para a completa dependência e muitas vezes abandono.

A minha experiência como profissional de saúde integrada numa equipe da saúde da família é que as pessoas idosas muitas vezes eram independentes e ajudavam nas atividades do domicílio e após sofrerem uma queda muitas vezes se transformavam numa pessoa impossibilitada de cuidar de si devido ao número de dependências. A queda pode causar sérias conseqüências que mesmo na ausência de fraturas, pode trazer outros traumas como o medo de cair novamente, distúrbio de marcha provocado pelo receio de cair, abandono da vida social, pois dependem de outro para sair e fica muito tempo acamado ou sentado, então vem com isso a atrofia muscular, redução da amplitude de movimentos e por fim a tão temida depressão proveniente dessa limitação.

É essa realidade que “bate a porta” das equipes no dia a dia de trabalho, e um crescente número de atendimento de idosos e principalmente solicitação de visitas domiciliares.

Diantedessa demanda surgiu o interesse pelo desenvolvimento deste trabalho devido a constatação pela equipe de Estratégia Saúde da Família 30 Girassol do município de Patos de Minas, do grande número de quedas de idosos nos domicílios em decorrência das condições inadequadas das moradias e pela falta de orientação dessas famílias na prevenção das mesmas.

Partiu-se da compreensão que o problema das quedas em idosos nos seus próprios domicílios é de grande relevância na atualidade. Quando qualquer membro da equipe de E.S.F. realiza uma visita ao idoso depara-se com diversas situações de riscos para quedas nos domicílios e por desconhecimento ou mesmo por omissão não fazem nenhuma intervenção.

A dimensão do problema envolve o processo de trabalho da equipe, com relação à pessoa idosa, que não é assistida e acompanhada como deveria ser.

É possível que se esses profissionais tiverem em mãos um roteiro (estilo “check list”) para o diagnóstico do ambiente domiciliar, essas orientações seriam dadas e assim muitas quedas poderiam ser evitadas.

Nesse sentido questiono por que não trabalhar com a prevenção de quedas no domicílio?

A prática profissional pode ser desenvolvida a partir do diagnóstico feito pela equipe buscando identificar no ambiente domiciliar do idoso suas deficiências e fatores que predispõem a segurança do idoso em risco. Este diagnóstico é muito importante para a equipe pensar posteriormente em orientar a família, o cuidador e o próprio idoso levando em consideração as condições sócio econômicas, culturais e o modo de vida do idoso.

Sabe-se que na maioria das vezes essas equipes não possuem nenhum instrumento de avaliação do ambiente domiciliar. Neste ambiente podem existir muitos fatores que propiciam as quedas e devem ser incluídos na programação de avaliação da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Esse trabalho tem como objetivo instrumentalizar a equipe de E.S.F para o trabalho de prevenção de quedas no domicílio, diminuindo a incidência, evitando as seqüelas tão prejudiciais na vida dos idosos. Devido a sua grande prevalência, as quedas terão destaque central nesse trabalho. Considerada por muitos autores como um dos “Gigantes da Geriatria” suas conseqüências na terceira idade podem se tornar catastróficas devido às limitações que podem impor ao idoso como uma maior dependência de suas famílias e podem interferir na diminuição de sua autonomia.

Os cuidados com a saúde do idoso tem sido na atualidade o foco na manutenção de uma vida saudável, com menos seqüelas decorrente do passar dos anos de vida e a manutenção da autonomia.

Este estudo justifica-se pela relevância da necessidade de identificar e acompanhar pessoas idosas através da análise de informações existentes no formulário de avaliação do ambiente domiciliar,

A equipe poderá planejar programar, avaliar e executar posteriores ações relativas ao ambiente domiciliar abrangendo adaptações e orientações a família, cuidador e ao próprio idoso, visando à melhoria da qualidade de vida e assistência prestada, aumentando a resolutividade no serviço com envolvimento de todos os profissionais da rede.

Dentro desse contexto, a revisão de literatura possibilitará um aprofundamento do conhecimento acerca das quedas e dos fatores de riscos bem

como direcionar as condutas de equipe e orientar suas ações na prevenção de quedas dos idosos. Esse conhecimento irá subsidiar a elaboração de um instrumento de avaliação do ambiente domiciliar.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um instrumento de avaliação do ambiente domiciliar, em relação aos fatores de riscos, para prever quedas em pessoas idosas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Marcus (2001) aborda que a metodologia tem como objetivo nortear o pesquisador na elaboração de uma pesquisa porque ela define os instrumentos e procedimentos, descreve as etapas orientadoras do processo de investigação.

Portanto para a elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão de literatura-tipo narrativa, a fim de encontrar referenciais teóricos para subsidiar a elaboração de instrumento de avaliação do ambiente domiciliar em relação aos fatores de riscos para queda.

Segundo Rother (2007, sp): “[...] a revisão narrativa “são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.”

A busca foi realizada em livros, artigos de revistas científicas, monografias, dissertações, teses e artigos extraídos via Internet, nos bancos de dados da LILACS, SCIELO, Banco de Tese da USP e no portal Google acadêmico e também publicações do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde.

Foram utilizadas como critérios de inclusão as publicações no idioma português, que foram publicadas no período do ano 2000 a 2011 que abordam o tema proposto.

A partir da leitura criteriosa das publicações encontradas selecionaram-se somente aquelas que responderam à questão do estudo. Posteriormente foram analisadas e as principais informações foram compiladas. Realizou-se uma análise descritiva das mesmas e a elaboração de um instrumento de avaliação do ambiente domiciliar do idoso (APÊNDICE 1).

Para Roman e Friedlander (1998), para realização da análise o pesquisador examina os dados coletados com o intuito de verificar aqueles que possuem relevância para o interesse do estudo e vão colaborar com o resultado final.

Incluindo a elaboração do projeto, a revisão de literatura, redação e correção final, esse trabalho foi elaborado no período de junho a novembro de 2011.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura foi abordada partindo do contexto mais geral do envelhecimento populacional prosseguindo foi feita uma correlação do envelhecimento e quedas. Os fatores de risco e as causas das quedas também foram abordados. O instrumento para avaliação do ambiente domiciliar foi elaborado atendendo o objetivo do trabalho.

4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Tem-se percebido que o envelhecimento populacional está ocorrendo de maneira rápida em toda a população mundial. O Brasil tem acompanhado essa tendência mundial e a transição demográfica da população brasileira é hoje uma realidade.

Neste contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU), considera o período de 1975 a 2025 como a “era do envelhecimento”, sendo que a expectativa de vida ao nascer no mundo, que era de 47 anos entre 1950 e 1955, aumentou para 65 anos entre 2000 e 2005. (BEZERRA e BATISTA, 2005).

No Brasil, estima-se que existem, na atualidade cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2007).

Nas últimas décadas o perfil populacional brasileiro vem modificando-se, decorrente de quedas significativas nas taxas de mortalidade e fecundidade e pelo desenvolvimento científico tecnológico, provocando a transição de uma população considerada jovem para uma população envelhecida num espaço curto de tempo (RAMOS; SCHOR, 2005).

Segundo Chaimowicz *et al.* (2009), o Brasil passará do estágio “jovem” (até 7% de idosos) para o “envelhecido” (mais de 14% de idosos) em apenas 25 anos entre 2011 e 2036.

Ressalta-se ainda que além do controle das doenças infecto-contagiosas, ser uma das principais razões para explicar o aumento da expectativa de vida na população, pelo menos em países desenvolvidos, a diminuição nas últimas décadas, da incidência de enfermidades cardiovasculares, em particular enfermidades

coronarianas e acidentes vasculares cerebrais, que são as maiores causas de morbi mortalidade no mundo tem destaque (MARTINS, 2006). Matsudo (2001) relata que segundo estudos essa diminuição da incidência está relacionada à mudança do comportamento em relação á saúde já que a mudança do estilo de vida contribui e muito para a prevenção da morbi mortalidade.

Apesar do aumento da população brasileira de idosos estar acontecendo há algum tempo, é a partir de 1970 que a população com idade igual a 60 anos ou mais passa a ter um crescimento bem superior ao de qualquer grupo etário. Enquanto a população jovem encontra-se em processo de desaceleração do crescimento, que foi de 18% (1970 a 1980), comparado com o crescimento da década anterior de mais de 31%, foi estimado em 1996 que, de 1980 a 2000, o grupo de 0 a 14 anos deveria crescer apenas !4% contra 107% do número de idosos; com esta projeção vamos começar o século com a população de idosos crescendo oito vezes mais que a dos jovens e quase duas vezes a mais que a população total (OLIVEIRA, 2003).

Uma característica que acompanha essa mudança populacional é o aumento da população de idosos acima de 80 anos, sendo que estes consomem recursos elevados do sistema de saúde devido à maior prevalência de doenças crônicas degenerativas e dependência funcional (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A partir dessa mudança populacional os profissionais de saúde, têm que se atentar para as reais necessidades dessa população.

O conceito de saúde nessa faixa populacional, não se restringe somente presença ou ausência de doença ou agravo é estimada pelo nível de independência ou autonomia apresentado pelo idoso (MINAS GERAIS, 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas e estudos mostram que a dependência para as atividades da vida diária (AVD) tendem a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2007).

As principais causas de óbitos e internações desses idosos estão, na maioria das vezes, relacionadas com doenças que geram incapacidades ou dependência e que trazem ao sistema de saúde um grande ônus e exige dos profissionais preparo e conhecimento (OLIVEIRA, 2003).

Desta forma, é preciso reconhecer e compreender as dificuldades do idoso do ponto de vista psicossocial, sendo que nesta etapa da vida há uma redução de energia vital e o processo de enfraquecimento das funções, sejam elas de origem natural ou patológica (SILVA, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2003)

A Política Nacional do Idoso (BRASIL.1999) segundo Silvestre e Costa Neto (2003 p.840)

[..] como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhe permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Os profissionais da atenção básica, em especial os da Estratégia da saúde da Família devem ter sempre em mente a importância de manter essa população que envelhece em uma rotina familiar e na comunidade com expectativas positivas em relação ao futuro e uma vida com qualidade e dignidade.

A prevenção de doenças, de acidentes, e de todas as circunstâncias que agridam o idoso deve nortear as discussões dos profissionais de saúde, com o objetivo de assegurar o envelhecimento saudável, mas também é necessário investir em políticas de saúde, educação, programas sociais e até no meio ambiente.

4.2 ENVELHECIMENTO E QUEDAS

O envelhecimento é um processo biológico vivenciado por todos os seres vivos. As pessoas envelhecem de forma diferenciada, pois sofrem influências de diversos fatores, principalmente, genéticos e ambientais, incluindo-se aí o estilo de vida que cada um leva. Desta maneira, apesar de inevitável, a velhice chega de um jeito diferente para cada indivíduo, com tendência ao acúmulo de processos patológicos, acarretando altas taxas de comorbidades e às manifestações dos desgastes que se instalam com o passar dos anos; surgindo limitações para a execução de atividades da vida diária à medida que a expectativa de vida aumenta (ALMEIDA. 2002).

Corroborando com Almeida (2002), Guimarães *et al.* (2004) e Meirelles (2000) concordam que o envelhecimento é processual e inevitável, é dinâmico e ocorre progressivamente com o passar dos anos. As modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais vão acontecendo e vão determinando a redução gradativa na capacidade de adaptação às situações de sobrecarga funcional, modificando o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas do indivíduo ao meio ambiente. Ao longo da vida estas modificações vão sendo acentuadas em decorrência da diminuição progressiva da capacidade funcional e das condições de vida do idoso.

“Entre as perdas apresentadas pelo idoso, está a instabilidade postural, que ocorre devido às alterações do sistema sensorial e motor” (GUIMARÃES *et al.*, 2004, p. 2).

A perda gradativa da força muscular reduz a capacidade de realizar as atividades diárias e está relacionada com a estabilidade postural. Esta diminuição da força aumenta episódios de quedas (BAUMGARTNER *et al.*, (1998), citado por PEREIRA *et al.*, (2008,)).

Segundo Marin *et al.* (2004, p.560)

As pessoas envelhecidas, mesmo as que não possuem doenças debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com avançar da idade e limitam as funções do organismo, tornando as cada vez mais predispostas a dependência para a realização do auto cuidado.

O termo “envelhecimento ativo” foi adaptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) para expressar o processo de conquista do aumento da expectativa de vida. Diante desse contexto, o serviço de saúde também necessita passar por mudanças, com a finalidade de aumentar a oferta de serviços para atender as pessoas idosas que podem ser mais vulneráveis ao adoecer. Deve-se reconhecer que o envelhecer é um processo natural a todos, onde a identificação precoce dos determinantes ou das comorbidades em si, prolongue a expectativa de vida dos idosos.

É abordado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que a perda da capacidade funcional, é o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida. A incapacidade funcional é vista como a perda das habilidades físicas e

mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A presença de uma doença, ausência de autonomia, fatores culturais, socioeconômicos e estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável (RAMOS, 2005),

Para Alves (2002) o envelhecimento populacional brasileiro vem acontecendo muito rápido, sem que tenha ocorrido previamente uma sustentável melhoria das condições de vida da população. Estudos mostram que mais de 85% de nossos idosos são acometidos por uma enfermidade crônica, isso não significa que o idoso perdeu suas capacidades funcionais, assim como o idoso independente pode ter alguma patologia e que cerca de 15%, apresentam pelo menos cinco. Isso implica dizer que a maioria dos idosos é capaz de tomar decisões e viver independente.

As quedas e as conseqüências que podem causar na vida das pessoas idosas podem afetar a autonomia e causar perda de funções modificando o estilo de vida do idoso tanto no âmbito familiar como individual.

Segundo Brasil (2006) as quedas, podem causar a diminuição da funcionalidade interferindo na qualidade de vida dos idosos, e as conseqüências destes episódios têm assumido dimensão de epidemia no Brasil. As quedas de idosos são uma das preocupações pela freqüência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Segundo dados do Ministério da saúde, (BRASIL, 2007.p.67)

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as freqüências se igualam. Dos que caem, cerca de 2.5% requerem hospitalização e desses apenas metade sobreviverá após um ano.

Segundo Caldas e Saldanha (2004), a prevalência de quedas segundo a faixa etária é 35% acima de 65 anos; 32 a 42% naqueles indivíduos com mais de 75 anos e 51% acima de 85 anos. No Brasil, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano. A incidência é aproximadamente 2 a 4 vezes maior em mulheres.

A morbidade advinda da queda e a mortalidade entre idosos é muito comum e seus registros podem ser encontrados em diversos estudos já realizados no país (RIBEIRO *et al*, 2008. p 1266).

Para Masud e Morris (2001), citados por Ribeiro *et al.*, (2008), os idosos na faixa etária inferior a 75 anos têm maior probabilidade de sofrerem quedas em ambientes externos e, já os idosos acima de 75 anos caem mais dentro de suas residências.

Ribeiro *et al.* (2008. p.1266) aborda que “em 2005 ocorreram 61.368 internações por quedas em pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, representando 2.8% de todas as internações de idosos no país”.

Netto (2007) descreve que a análise do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) revela que no ano de 2004 foram realizadas 108.169 internações de idosos por violência e acidentes, sendo que 55,38% foram em consequência de quedas. Nas internações femininas, pesa o grande número de quedas.

Citando Marin *et al.* (2004.p.560) “as consequências das quedas podem ser classificadas desde leves (lacerações sem suturas), moderadas (lacerações com suturas) até graves (fraturas), podendo levar a incapacidade severa ou até a morte”.

Considerando que muitas vezes os idosos estão predispostos às quedas por alterações próprias do envelhecimento, que segundo Fabrício (2002) são:

- Visão: Diminuição da acuidade visual, capacidade de enxergar com nitidez, diminuição do campo visual, atraso na adaptação a escuridão, aumento do limiar de percepção da luz, diminuição da acomodação.
- Audição: Aumento do limiar auditivo, em particular para sons agudos. Diminuição da discriminação de sons e percepção da fala.
- Tato: Diminuição da sensibilidade epicrítica na palma da mão e na sola dos pés.
- Músculos: Atrofia muscular, diminuição da força e da potência, diminuição da flexibilidade.
- Sistema conjuntivo: Diminuição da elasticidade, aumento da rigidez articular com diminuição da amplitude de movimentos.
- Sistema ósseo: Diminuição da densidade óssea.

- Sistema neurológico: Degeneração de nervos periféricos, redução na produção de neurotransmissores, perda progressiva dos neurônios.

Todas essas transformações, associadas à idade e as inadequações ambientais torna o idoso mais propenso as quedas e suas conseqüências muitas vezes catastróficas para sua vida

Teixeira *et al.* (2007) relata que as perdas da força muscular e da agilidade contribuem muito para o aumento do risco de acidentes na realização das atividades do cotidiano do idoso.

Queda é uma ação não intencional que leva o individuo a uma mudança inesperada de posição para um nível mais baixo a sua posição anterior, ou seja, um episódio que leva o indivíduo ao chão, decorrente da perda total do equilíbrio postural seja por fatores intrínsecos ou extrínsecos. “Está relacionada à insuficiência dos mecanismos envolvidos na manutenção da postura” (FABRÍCIO, RODRIGUES e COSTA JÚNIOR 2004, p.2; SIQUEIRA *et al.*, 2007).

As quedas nos idosos são uma das preocupações pela freqüência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Quanto aos locais que ocorrem as quedas, a faixa etária e tipo de fraturas, Ribeiro *et al.* (2008.p.4), enfatizam que “o local onde ocorre a queda parece estar relacionado com as habilidades que o idoso apresenta para realizar as tarefas da vida diária e com a idade”. Segundo Caldas e Saldanha (2004), nas Instituições de Longa Permanência a taxa percentual de risco de ocorrência de quedas é de 50% pode-se inferir que este índice seja pela inadequação do ambiente e pelas condições de saúde dos idosos.

A maior parte das quedas ocorre em períodos de atividade máxima do dia e somente 20% ocorrem a noite. Aproximadamente 65% das mulheres e 44% dos homens caem dentro de casa e essas ocorrem nos cômodos mais utilizados como quartos, cozinha e sala de jantar (JUNIOR e HECKMAN, 2006).

Em relação às fraturas decorrentes das quedas Campos *et al.* (2007), citam que as fraturas mais freqüentes são na região do colo do fêmur e troncoarticular, podendo estas ocorrerem de quedas da própria altura.

Outros aspectos são aos impactos da queda refletidos direta e indiretamente na execução das atividades de vida diária e na qualidade de vida do idoso. As

quedas podem causar a diminuição da funcionalidade interferindo na qualidade de vida dos idosos, e as conseqüências destes episódios têm assumido dimensão de epidemia no Brasil (BRASIL, 2006).

Destaca-se que as conseqüências físicas da queda em um idoso podem levá-lo a uma dependência que na maioria das vezes não existia na vida desse. A “Síndrome do medo pós queda” tão comum após um episódio de queda leva a dependência de familiares, portando das AVDS devido as inseguranças causadas pelo receio de cair novamente, com isso abandonam o convívio social tão importante o que pode ser um caminho para a depressão.

As conseqüências sociais também podem ser destacadas já que a necessidade, muitas vezes exige um cuidador, que na maioria das vezes pode ser um familiar que para isso abandona suas atividades diminuindo a renda da casa. Vêm então as dificuldades econômicas no núcleo familiar, onde na maioria das vezes, esse idoso, até colaborava com as finanças da casa.

Para a Saúde pública em geral, as conseqüências de um idoso que se tornou dependente, com certeza, exige maiores cuidados, maior número de profissionais disponíveis, maior tempo no atendimento e maior custo.

De acordo com Campos *et al.* (2007), aos idosos que sofreram queda, é importante o restabelecimento da independência, engajando-os nas atividades da vida diária, que lhes assegurem auto-estima, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida. Corroborando com o autor acima, Chaimowicz *et al.* (2009) pode ser o primeiro passo para a institucionalização tão temida pela maioria dos idosos.

4.3 FATORES DE RISCOS E CAUSAS DAS QUEDAS

A etiologia das quedas é multifatorial, na maioria das vezes causadas pela interação cumulativa de fatores intrínsecos que estão diretamente ligados ao próprio envelhecimento, as doenças e a debilidade funcional, além dos fatores extrínsecos que são fatores comportamentais e riscos ambientais (PERRACINI, 2000).

É interessante também citar como fatores intrínsecos a idade acima de 80 anos, o sexo feminino e a raça branca (BRASIL, 2007 e REBELATTO, CASTRO e CHAN 2007).

A literatura descreve como as principais mudanças fisiológicas a deficiência de equilíbrio e marcha, marcha instável, baixa acuidade visual, fraqueza muscular de membros superiores e inferiores; alterações cognitivas; ausência de reflexos de proteção; idade avançada e dificuldade para levantar após a queda (BRASIL, 2007; REBELATTO; CASTRO e CHAN, 2007 e FABRÍCIO, 2004).

Em relação às condições patológicas que predisõem os idosos as quedas, (Ribeiro *et al.*, 2008; Ganança; Mezzalira; Cruz, 2008; BRASIL, 2007; Rebelatto, Castro e Chan. 2007), citam as demências, doenças crônicas e agudas (hipotensão ortostática, vertigem, arritmias, infecções, descompensação de diabetes e cardiopatias) e ainda doenças do sistema nervoso central (doença de Parkinson, cardiovasculares; osteomusculares; endócrinos; dificuldades visuais; e de locomoção, problemas nos pés e disfunção vestibular crônica e outras .

Segundo Fabrício *et al.* (2004), o surgimento de doenças ocasionam redução da capacidade física, podendo acarretar efeitos sobre o controle postural do individuo ou, ainda, ter ação sobre o equilíbrio.

As alterações psíquicas também são relacionadas como fatores de risco para as quedas dentre eles estão: o sono e o sentimento de tristeza, pois podem ser sintomas de depressão que leva o idoso a ficar mais vulnerável às quedas, o medo de voltar a cair também pode ser relacionado, pois, a maioria dos idosos apresenta capacidade funcional prejudicada após a queda (RIBEIRO *et al.*, 2008; FABRÍCIO, RODRIGUES, COSTA JÚNIOR, 2004).

Pereira *et al.* (2008); Brasil, (2007) Rebelatto, Castro e Chan (2007), abordam os medicamentos tais como os ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos, anti-arrítmicos, hipoglicemiantes, antiinflamatórios não-hormonais, polifarmácia incluem a sedação e o uso de álcool.

Segundo Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), os problemas do ambiente que oferecem risco são as situações que propiciem escorregar, tropeçar, pisar em falso e trombar em objetos. Os idosos na maioria das vezes caem por praticarem atividades rotineiras.

No que se refere aos fatores intrínsecos, pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda, porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante devido sua relação direta com a redução da qualidade de

vida, já que está intimamente ligada a questões de dependência, incapacidade física para realizar atividades diárias (SOUZA; GALANTE e FIGUEIREDO, 2003).

Os fatores extrínsecos dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. Dentre esses fatores mais comuns são os riscos relacionados ao ambiente como escadas (degraus altos e sem corrimão), má iluminação (ambientes escuros), superfícies irregulares (tapetes soltos, com dobras, tacos ou pisos soltos), piso escorregadio (piso molhado, encerado), presença de objetos na passagem (brinquedos, animais, fios, roupas calçados), móveis instáveis e inadequados (mesinhas de centro, mesa de cabeceira, cadeiras e poltronas baixos sem braço, cama muito baixa), calçados inadequados (escorregadios, que ficam soltos no pé sem fixação), falta de apoio no banheiro dentre outros (BRASIL, 2007). Citando o Ministério da saúde (BRASIL, 2007 p.68):

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

Estudos de Rubenstein; Josephson, 2002 apud Chaimowicz *et al.*, (2009 p.101) sobre quedas em idosos, “ressaltam que um terço das quedas é provocada por fatores ambientais.”

Estudo realizado por Jahana; Diogo, (2008) apud Chaimowicz *et al.*, (2009, p.101) avaliaram 73 idosos internados com traumatismo provocado por queda e foi observado que “dois terços dos idosos caíram em sua própria casa, sendo que um terço estava andando e tropeçou e um quinto fazia limpeza de casa. Concluiu se que 61% das quedas puderam ser atribuídas a fatores ambientais”.

Em pesquisa realizada por Marin *et al.* (2004 p.562) relataram sobre a distribuição de fatores de risco para quedas no domicílio e identificaram “que entre 51 dos idosos entrevistados, 45% sofreram quedas devido ao piso escorregadio, 60.7% sofreram quedas em banheiro com piso escorregadio, 40% caíram em tapetes e objetos soltos pela casa, 23% em ambiente pouco iluminado”.

Na avaliação do idoso que sofreu uma queda o profissional de saúde não pode esquecer que mesmo na presença de um fator ambiental um fator intrínseco pode em última instância, ter provocado a queda. Um idoso com equilíbrio e visão adequados dificilmente cairá ao escorregar (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). O inverso

também não pode ser esquecido o que mostra a íntima relação entre os dois fatores no momento da avaliação do domicílio do idoso. Quanto mais frágil um idoso mais susceptível à queda.

Na Atenção primária é de suma importância que as equipes de saúde tenham responsabilidade para fazerem as intervenções ao se depararem situações que envolvem os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos referentes a quedas. Nas visitas domiciliares o profissional de saúde deve identificar os fatores de risco e intervir, orientando a família, cuidador e o idoso sobre as medidas preventivas, corrigindo fatores e assim diminuindo a ocorrência das quedas no domicílio.

A prevenção primária (incentivo a atividade física, nutrição e medicação adequada) e a prevenção secundária (identificação dos fatores que aumentam os riscos em pessoas que já sofreram quedas) são estratégias que as equipes podem utilizar no dia a dia durante os atendimentos a pessoa idosa e que colaborarão em muito para a melhoria da vida.

5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR PARA PREVENIR QUEDAS

A proposta de elaboração de um instrumento de avaliação do ambiente domiciliar foi construída com base no estudo feito nesta revisão da literatura. Ele deverá ser implantado na equipe da ESF- 30 Girassol do município de Patos de Minas, visto que ele já foi discutido com a equipe. Foi consenso do grupo a sua utilização em todas as residências onde moram pessoas com 60 anos ou mais.

Inicialmente o formulário deverá ser preenchido pelo profissional da equipe que for realizar a visita domiciliar. É necessário antes da implantação do instrumento, o líder deverá realizar uma reunião com os membros da equipe para discussão exaustiva do mesmo para que não ocorram dúvidas no momento de utilizá-lo e para que todos tenham a mesma compreensão da sua importância na prevenção de quedas no domicílio. A avaliação da queda por uma equipe nunca deve ser direcionada somente aos fatores ambientais que cercam o idoso no domicílio. Devem se ter em mente também os fatores intrínsecos, pois muitas vezes a ocorrência de quedas é a combinação dos dois fatores.

Para Rebelatto; Castro e Chan (2007), à medida que os fatores determinantes das quedas são identificados, é possível minimizar os riscos de queda e os custos com a assistência ao idoso. O instrumento que visa avaliação do ambiente domiciliar quanto aos fatores de risco para quedas, vai subsidiar as orientações de adequação do ambiente, e cuidados necessários que o idoso, família e cuidador devam adotar como medidas preventivas.

É importante orientar a família sobre as alterações do ambiente físico para eliminar os fatores de risco e promover o bem-estar físico e mental do idoso, proporcionando a ele a liberdade de ir e vir com segurança e liberdade sem medo de cair, favorecendo assim maior autonomia e independência do idoso (LOPES *et al.*, 2007).

As causas das quedas em idosos são conseqüências de vários fatores e trazem mudanças físicas, psicológicas e sociais, além de trazer repercussões para toda à família que tem que se adaptar às mudanças necessárias na busca de uma melhor qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade no mundo. O aumento do número de idosos na sociedade ocorreu em decorrência da melhoria da qualidade de vida e a diminuição das doenças infecto contagiosas. O Brasil tem acompanhado essa tendência mundial e possui na atualidade cerca de 17.6 milhões de idosos. Os profissionais de saúde precisam atentar para essa mudança e o conceito de saúde dessa faixa populacional se restringe não só aos agravos, mas também ao seu nível de dependência e autonomia.

Pensando em perda de autonomia e funções e os diversos problemas que o avançar da idade podem trazer, as quedas têm lugar de destaque e trazem muitas conseqüências na vida das pessoas idosas. Dependência das AVDS, depressão, isolamento, perda de autonomia, imobilização, rearranjo familiar e até mesmo asilamento são algumas das diversas conseqüências que podem transformar um idoso que até então era independente. A etiologia das quedas pode ser multifatorial, mas na maioria das vezes pode ser uma combinação entre fatores intrínsecos (próprios do envelhecimento ou doenças) ou extrínsecos (relacionados ao ambiente ou comportamento).

Os fatores de risco de queda nunca devem ser negligenciados pelos profissionais de saúde e nem pela Equipe de Saúde da Família durante a realização das visitas ao domicílio do idoso ou mesmo em um atendimento de rotina que é feito na unidade de saúde. Os profissionais devem sempre ter o cuidado de orientar a pessoa idosa, a família, o cuidador e a comunidade para a prevenção de quedas e eliminação dos fatores de risco extrínsecos. O instrumento que foi elaborado nesse trabalho, tem como finalidade de contribuir com os profissionais para diagnosticar e corrigir esses fatores e assim evitar que as quedas aconteçam.

Após o uso do instrumento da avaliação e detecção de fatores ambientais para o risco de quedas, medidas simples e bem direcionadas podem melhorar o ambiente e remover riscos para os idosos, promovendo segurança para esses e tranqüilidade para seus cuidadores.

As quedas são hoje um problema de saúde pública e medidas para prevenção e programas de reabilitação, para esses idosos, são muito importantes para que se evite a imobilização desnecessária e melhorem sua autoconfiança e a

autoestima. A avaliação do ambiente em que vivem e a sua adequação podem contribuir e muito para que esses idosos não corram riscos.

Os profissionais devem sensibilizar a comunidade e colaborar para que os “futuros idosos” construam suas moradias pensando no futuro para viverem em ambientes que não sejam propícios a quedas.

O desafio no cuidado desses idosos está lançado para que os profissionais de saúde façam cumprir as políticas voltadas para a atenção do idoso, trabalhem na busca da qualidade de vida, autonomia e de um envelhecer mais digno para esses brasileiros. O principal objetivo das medidas preventivas de quedas na terceira idade é reduzir as taxas de internação por fraturas, mortalidade, preservar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades preservadas e sua autonomia e independência mantidas no seu meio familiar.

A minha perspectiva é de contribuir com os profissionais da saúde através de um maior conhecimento sobre o assunto e incentivar a implantação de programas tanto para prevenção como para a reabilitação da pessoa idosa

Aos idosos que sofreram queda, é importante o restabelecimento da independência, engajando-os nas atividades da vida diária, que lhes assegurem auto-estima, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida.

Concluindo, embora não tenha sido objeto de estudo, mas não podemos esquecer que é de suma importância a adaptação dos espaços públicos de lazer e circulação, as calçadas e o transporte coletivo, para garantir o acesso às pessoas idosas evitando escadas sem corrimão, pisos escorregadios, calçadas depredadas e desniveladas assim possibilitando o idoso o acesso aos prédios públicos e pontos turísticos com segurança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Prevalência de doenças crônicas auto referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 743, 2002.

ALVES, P.C. Nervosos e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. IN: MINAYO, M.C.S: COIMBRA JR. C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. RJ: Fiocruz, 2002. p.153-174, Cap.7.

BEZERRA,A.F.B., BATISTA FILHO. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 5, p. 809-15, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 192 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2007 192 p.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395/GM. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 de dezembro de 1999.

CALDAS, C.P., SALDANHA, A.L. (Org.) Fatores de Risco em envelhecimento O idoso Frágil e as Síndromes Geriátricas In: **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMPOS, J. F. S. *et al*. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arquivo de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 193-197, out/dez. 2007.

CHAIMOWICZ, F. *et al*. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora COOPMED, 2009 . 140p.

CHEIK, N. C. *et al*. Efeito do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 11, n. 3, 2003.

DIAS, R.B. *et al* Grupo de Cuidadores de Idosos. **Enfermagem Âmbito Hospitalar**, São Paulo, p 46-53 abr. 1993.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

FABRICIO, S.CC., RODRIGUES, R.A.P., COSTA JÚNIOR, M.L. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.15, n.3, p. 51- 59, jul./set. 2002.

FRANCHI, K. M. B *et al*. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Perspectivas e controvérsias**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, 2005.

GANANÇA, F. F.; MEZZALIRA, R.; CRUZ, O. L. M.. Campanha nacional de prevenção a quedas de idosos dia 27 de setembro: dia de atendimento ao idoso com tontura. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.74, n. 2, p. 1-3, mar./abr. 2008.

GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al*. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividades físicas e idosos sedentários. **Revista de Neurociências**, Lavras, v. 12, n.2, p. 1-5, 2004.

JUNIOR, C.M.P., HECKMAN, M.F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas, E.V. *et al* Tratado de **Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 2ª ed.

MACEDO, B. G; MARQUES, K. S. F.; OLIVEIRA, E. B. *et al*. Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v.18, n.3, p.65-70, jul.-set. 2005.

MARCUS, M. T. LIHER, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliações críticas e utilização**. 4. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.;BERTASSI, V. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p.560-564, set. - out. 2004.

MARIN, M. J. S; CASTILH, N. C.; MYAZATO, J. M. *et al.* Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n.4, p. 369-74, out.-dez. 2007.

MARTINS, A. A. **Perdas e transformações da terceira idade.** Trabalho de conclusão de curso – Centro Universitário de Patos de Minas, 2006. 55p.

MATSUDO, S. M.S. **Envelhecimento e Atividade Física.** Londrina, Paraná: Midigraf, 2001. 195 p.

MEIRELLES, M. A. E. **Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistêmica.** 3. ed. Rio de Janeiro: SPRINT, p. 109, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde. **Atenção a Saúde do Idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG,2006 186p.

NETTO M.P **Tratado de Gerontologia** São Paulo; Atheneu, 2007, 2º ed.

OLIVEIRA, R.C. **Estudos da ocorrência de quedas e seus fatores de Risco em idosos não institucionalizados na cidade de Batatais, S.P.** Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP,2003.

Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Organização Mundial de Saúde; tradução Suzana Gontijo: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 36, 2005.

PEREIRA, S.R.M. *et al.* **Quedas em Idosos.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em 03 set. 2011.

PERRACINI, M.N. **Fatores associados á quedas em uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo.** 2000. 243f. tese (Doutorado em Ciências) Escola Paulista de Medicina , Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R.. Revisão integrativa de pesquisa aplicada á enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3, n.2, p.109-112, jul./dez., 1998.

RAMOS, L. R.; SCHOR, N.. **Guia de geriatria e gerontologia**, Barueri: Manole, p. 346, 2005.

REBELATTO, J. R; CASTRO, A. P. de; CHAN A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v.15, n.3, p. 151-154, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n.2. São Paulo. Abril/Junho, 2007. Editorial.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S. *et al.* **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

SIQUEIRA *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 749-756, out.2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública – Opinião**. Rio de Janeiro/RJ, 2003.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.3, p. 364-371, 2003.

TEIXEIRA, D. C; PRADO JUNIOR, S. R. R.; LIMA, D. F. *et al.* Efeitos de um programa de exercício físico para idosas sobre variáveis neuro-motoras, antropométrica e medo de cair. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.21, n.2, p.107-20, abr. - jun. 2007.

APÊNDICE A

5.1 Formulário para avaliação do ambiente domiciliar do idoso.

Local – Equipe de Saúde da Família - 30 Girassol

Visitador:

Data da visita:

1- Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Endereço: Rua _____ Nº _____

Telefone _____

Sexo: M () F ()

Nº de idosos no domicílio: _____ idade(s)

Sexos: M () F () Colocar o número correspondente.

Pessoa de referência:

Nome-----

Endereço:-----Nº-----

Telefone-----

2 Ocorrências de quedas.

Teve ocorrências de quedas em casa? Sim() () Não

Se a resposta for positiva descreva sucintamente como ocorreu.

Quantas vezes?

A queda causou alguma conseqüência. Sim() () Não

Se a resposta for positiva descreva sucintamente.

3 Descrição do domicilio

1- Presença de tapetes. Sim() () Não

Escorregadio: Sim() () Não

Local:

2- tipo de piso:

Escorregadio: Sim() () Não

Com desnível: Sim () () Não

3- Presença de objetos espalhados no ambiente. (fios, brinquedos, sapatos, roupas, outros)

Sim() () Não

Se a resposta for positiva especificar quais objetos e locais onde se encontram.

4 - Presença de animais dentro de casa.

Sim () () Não

5- Descrição dos móveis.

5.1 Móveis no meio dos cômodos dificultando a locomoção.

Sim() () Não

5.2 Móveis instáveis ou deslizantes.

Sim () () Não

5.3 Móveis muito altos ou baixos

Sim() () Não

Se a resposta for positiva especificar quais e locais onde se encontram.

5.4 Cama com altura adequada

Sim() () Não

5.4 Densidade do colchão (firme)

Sim() () Não

5.5 Guarda roupas com cabides acessíveis?

Sim() () Não

5.6 Armários de cozinha ou outros (necessita de escadas para ter acesso aos objetos)

Sim() () Não

6 - Tipo de escada

6.1 Escadas com degraus irregulares, pequenos e pisos de difícil visualização?

Sim() () Não

6.2 Escadas com corrimão.

Sim () () Não

Local:

6.3 Escadas com frisos anti deparrapantes.

Sim () () Não

6.4 rampas ingrimes e sem barras?

Sim () () Não

7- Tipo de Iluminação

7.1 Iluminação adequada durante o dia e a noite em todos os cômodos da residência, escadas e rampas.

Sim () () Não

Se a resposta for negativa descrever quais os cômodos a iluminação não é adequada e por quê.

7.2 Interruptor próximo a cama do idoso ou luz de cabeceira

Sim () () Não

7.4 A noite fica uma lâmpada ligada.

Sim () () Não

8- Área do chuveiro e Sanitário

8.1 Tipo de piso

Escorregadio: Sim() () Não

Com desnível: Sim() () Não

8.2 Possui corrimão

Sim () () Não

8.3 Vaso em altura acessível com barras de apoio laterais e lavabo bem fixo?

Sim () () Não

8.4 Box (abertura com fácil acesso)

Sim () () Não

8.5 cortina bem firme

Sim () () Não

9- Tipos do vestuário e calçados.

9.1 Roupas compridas arrastando pelo chão.

Sim () () Não

9.2 Roupas frouxas caindo.

Sim () () Não

9.3 Chinelo com sola antiderrapante.

Sim () () Não

9.4 Sapato com sola antiderrapante

Sim () () Não

9.5 Outro: especificar.

9.6 Usa adequadamente os calçados

Sim () () Não

10 - Outras observações:

11-Proposta de Intervenções e orientações:

Data do retorno do profissional: -----/-----/-----

Assinatura do profissional.

Assinatura do idoso ou seu responsável.

