

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA ROSIANE ALVES DOS SANTOS

**QUEDAS NA TERCEIRA IDADE :TIPOS, FATORES PREDISPOANTES E  
CONSEQUÊNCIAS EM UMA UBS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Juazeiro do Norte - CE  
2019

MARIA ROSIANE ALVES DOS SANTOS

**QUEDAS NA TERCEIRA IDADE :TIPOS, FATORES PREDISPOONENTES E  
CONSEQUÊNCIAS EM UMA UBS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel.

**Orientador:** Prof. Esp. Tonny Emanuel Fernandes Macêdo.

Juazeiro do Norte-CE  
2019

MARIA ROSIANE ALVES DOS SANTOS

**QUEDAS NA TERCEIRA IDADE : TIPOS, FATORES PREDISPOANTES E  
CONSEQUÊNCIAS EM UMA UBS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada à Coordenação do  
Curso de Graduação em Enfermagem do  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em  
cumprimento às exigências para a obtenção do  
grau de Bacharel.

**Orientador(a):** Prof. Esp. Tonny Emanuel  
Fernandes Macêdo

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. Me. Tonny Emanuel Fernandes Macêdo  
Orientador

---

Prof.<sup>a</sup>.M.<sup>a</sup> Ana Paula Ribeiro de Castro  
1º Examinador

---

Prof.<sup>a</sup>. M.<sup>a</sup> Andreia Couto Feitosa  
2º Examinador

Juazeiro do Norte-CE  
2019

## RESUMO

O envelhecimento humano está relacionado as características tais como a redução da massa muscular e óssea, a perda de equilíbrio, e como consequência ocorre o aumento do risco de quedas e lesões entre os indivíduos da terceira idade. As quedas tem sido as grandes queixas no que se refere aos fatores relacionados a redução da capacidade funcional do idoso. O presente estudo objetivou analisar as quedas na terceira idade: tipos, fatores predisponentes e consequências em uma UBS na atenção básica. Tratou-se de um estudo do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. Os principais resultados mostraram que 25,02% dos indivíduos tinham a idade de 68 anos, 16,67% tinham 61, 65 e 72 anos. No que se refere ao gênero pesquisado 66,66% eram do sexo feminino. 66,66% foram quedas por acidentes extradomésticos. 75,00% as quedas sofridas tinham deixado consequências e 67% dos indivíduos entrevistados disseram que possuem sequelas que foram decorrentes das quedas, mas uma pequena parte 33,00 % relatou que apesar de terem sofridos quedas domésticas ou extradomésticas não apresentaram sequelas após o ocorrido. Portanto, conclui-se que é de fundamental importância que os profissionais da enfermagem bem como os profissionais de saúde que atuam no cuidado ao idoso, tenham o conhecimento da temática “quedas em indivíduos idosos” e que possam atuar de maneira a promover ações de cuidado e prevenção a esse tipo de acidente. É importante que se trabalhe de forma a desenvolver uma reeducação acerca desses questionamentos para que os idosos não venham a sofrer tanto com esses tipos de traumas e que por ventura se vierem a passar por esse tipo de situação, esses recebam o atendimento adequado de maneira a não deixar sequelas que venham a comprometer a rotina dos mesmos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Idosos. Capacidade funcional. Acidentes por queda.

## ABSTRACT

Human aging is related to characteristics such as reduction of muscle and bone mass, loss of balance, and as a consequence there is an increased risk of falls and injuries among the elderly. The falls have been the major complaints regarding the factors related to the reduction of the functional capacity of the elderly. The present study aimed to analyze the falls in the third age: types, predisposing factors and consequences in a UBS in basic care. This was an exploratory descriptive study with a quantitative approach. The main results showed that 25.02% of the individuals were 68 years old, 16.67% were 61,65 and 72 years old. Regarding the gender, 66.66% were female. 66.66% were accidents due to accidents outside the home. 75% of the falls suffered had consequences and 67% of the individuals interviewed said that they had sequelae that were due to falls, but a small part 33% reported that despite having suffered domestic or extradomestic falls, they did not present sequels after the event . Therefore, it is concluded that it is of fundamental importance that nursing professionals as well as health professionals who work in the care of the elderly should be aware of the topic of "falls in elderly individuals" and that they can act in a way that promotes caregiving and prevention of this type of accident. It is important to work in order to develop a re-education about these questions so that the elderly will not suffer as much from these types of traumas and that if they happen to suffer this kind of situation, they will receive adequate care in order to not to leave sequels that may compromise their routine.

**Keywords:** Aging. Seniors. Functional capacity. Accidental falls.

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

|   |         |
|---|---------|
| Tabela 01. Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.....                                     | Pág. 32 |
| Tabela 02. Demonstrativo sobre os tipos de quedas sofridas.....   | Pág.34  |
| Gráfico 01. Demonstrativo acerca da queda sofrida ter sido por acidente Doméstico ou extra doméstico..... | Pág.35  |
| Gráfico 02. Houveram consequências das quedas sofridas.....   | Pág.36  |
| Gráfico 03. Sequelas relacionadas a queda sofrida pelos participantes da pesquisa.....                    | Pág.37  |
| Gráfico 04. Fez ou está fazendo algum tratamento .....  | Pág.39  |

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

ABEP -Associação Nacional de Estudos Populacionais

AVD -Atividade de Vida Diária

CE -Ceará

M.<sup>a</sup>-Mestra

MMSS -Membros Superiores

MS -Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização Mundial das Nações Unidas

PNI -Política Nacional do Idoso

PNSI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROF.<sup>a</sup> -Professora

PSF- Programa Saúde da Família

SAMU -Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM -Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS -Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

UTI -Unidade de Tratamento Intensivo

“A persistência é o caminho do êxito.”.

Charles Chaplin

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida. Aos meus pais (in memória Vicente Alves dos Santos e Maria Anunciada dos Santos). Eles foram meus alicerces na vida e nesta caminhada. E aos meus irmãos que com muito apoio e carinho não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Á Deus primeiramente por ter dado forças e perseverança nos momentos mais difíceis dessa caminhada, cada lágrima derramada, cada clamor Deus escutou. Aos meu pais (Vicente Alves dos Santos e Maria Anunciada dos Santos) (in memória). Eles foram o pilar, o alicerce nesta minha caminhada, sempre me aconselhando a ter paciência e me dando incentivo para nunca desistir. Obrigada; Vocês são um pedacinho de mim, e sempre estarão comigo aonde quer que eu vá levo vocês no meu ♥.

Aos meus irmãos (Maria Alves dos Santos, Cicero Alves dos Santos, Francisco Alves dos Santos) que sempre de uma forma ou de outra me ajudaram durante esses anos de graduação e que também sempre acreditaram em mim.

Ao meu professor e orientador Tonny Emanuel pelo apoio, incentivo, pela ajuda e compreensão. A você meus sinceros agradecimentos.

Á todos os professores e preceptores pela competência e dedicação diária por transmitir toda experiência da docência. Obrigada a todos vocês por terem me presenteado com esse dom maravilhoso da sabedoria, do conhecimento e do aprendizado.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 13 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....   | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 15 |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | 16 |
| 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS DO ENVELHECIMENTO.....   | 16 |
| 3.2 EPIDEMIOLOGIA DA POPULAÇÃO IDOSA .....   | 17 |
| 3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DO IDOSO .....  | 19 |
| 3.4 ENVELHECIMENTO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO.....   | 21 |
| 3.5 QUEDAS – FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO X CONSEQUÊNCIAS AO IDOSO<br>E IMPLICAÇÕES A SOCIEDADE..... | 22 |
| 3.6 ASSISTÊNCIA A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE QUEDAS .....  | 27 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | 30 |
| 4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA .....  | 30 |
| 4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA .....  | 30 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 31 |
| 4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....  | 31 |
| 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....   | 32 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....   | 32 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 34 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....   | 34 |
| 5.2 OS PRINCIPAIS FATORES QUE PREDISPÕEM QUEDAS NO AMBIENTE<br>DOMICILIAR E EXTRADOMICILIAR.....     | 36 |
| 5.3 CONSEQUÊNCIAS E SEQUELAS DECORRENTES DE QUEDAS ENTRE IDOSOS<br>PARTICIPANTES DO ESTUDO .....     | 40 |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....   | 43 |
| <b>ANEXO</b> .....   | 48 |
| A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....   | 48 |
| B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....   | 49 |
| C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO .....   | 51 |
| <b>APÊNDICE</b> .....  | 52 |
| A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....  | 52 |



## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como um processo progressivo em que resulta-se de diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais somadas ao longo dos anos, podendo esta etapa da vida representar, para alguns indivíduos, um enorme desafio devido à falta de conhecimento sobre o saber envelhecer com saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se idoso todos os indivíduos que possuam 60 anos ou mais, para países em desenvolvimento e, 65 anos, os que moram em países já desenvolvidos. (MONTEIRO & FARO, 2010; SANTOS E ASSIS, 2011).

O processo do envelhecer torna o idoso mais suscetível ao adoecimento, assim, aumentando os riscos de morte. As alterações biológicas que ocorrem devido ao envelhecimento podem impor algumas restrições funcionais ao indivíduo, principalmente, quando associadas a alguma comorbidade, de natureza aguda ou crônica, que por sua vez tornará o idoso mais propenso aos riscos ambientais e, conseqüentemente, aos acontecimentos de quedas. De acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que por volta de 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar no ranking mundial dos países com a maior população de idosos, correspondendo a 15% da totalidade dos habitantes brasileiros (MESQUITA et al., 2009; SANTOS & ASSIS, 2011).

Paralelamente ao aumento do número de idosos em nosso país, a ocorrência de traumas nesse grupo etário também vem mostrando um considerável crescimento nos últimos anos, principalmente, nas grandes localidades urbanas, o que por sua vez faz ressaltar a importância do setor de traumatologia geriátrica para a sociedade. Estima-se ainda, com base no crescimento da população idosa, que por volta de meados do século XXI, na totalidade de pessoas acometidas por algum tipo de trauma, 40% serão representadas por idosos (MONTEIRO & FARO, 2010; SILVA et al., 2007).

O equilíbrio e a marcha dependem de uma complexa interação entre as funções nervosas, osteomusculares, cardiovasculares e sensoriais, além da capacidade de adaptar-se rapidamente as mudanças ambientais e posturais. Com a idade o controle de equilíbrio se altera, causando instabilidade na marcha, o que, associado à interação de vários fatores ambientais e do próprio indivíduo, pode resultar em queda. A queda é caracterizada como um evento ocorrido durante um acidente, tendo como resultado uma alteração da posição do indivíduo para um plano inferior contrário ao de sua posição inicial, tornando-se incapaz de evitar em tempo preciso e, conseqüentemente, apoiando-se no solo (MUNIZ et al., 2007; RIBEIRO et al., 2008).

O Presente estudo objetivou analisar as quedas na terceira idade: tipos, fatores predisponentes e consequências em uma UBS na atenção básica. Diante dessa problemática, emergem as seguintes perguntas: quais as principais consequências acarretadas aos idosos devido à ocorrência de quedas? Quais os principais fatores condicionantes de quedas em idosos? Será que as consequências por quedas em idosos tem despertado um olhar crítico, dos gestores envolvidos e profissionais responsáveis, para a implantação de medidas e/ou estratégias que possam minimizar essas ocorrências?

A escolha do tema se deu pelo fato da pesquisadora considerar necessário o desenvolvimento de estudos na área de saúde coletiva no município de Brejo Santo-CE, uma vez que, podemos observar ainda certa escassez nos estudos voltados para a assistência à saúde do idoso, valendo ressaltar que esta faixa etária requer importante atenção, necessitando de um olhar direcionado aos diferentes problemas apresentados por esse grupo, uma vez que se tem observado considerável aumento dessa população.

A relevância da pesquisa se mostrou por meio da importância em abordar as consequências de quedas entre idosos, bem como, por ressaltar a necessidade de uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes idosos vítimas de quedas.

Com isso, o estudo contribuiu para a avaliação das consequências de quedas em indivíduos da terceira idade, como também, divulgar novos dados a respeito do tema em discussão, servir de documento formal capaz de fundamentar a criação de medidas e estratégias voltadas para a resolução ou minimização do problema apresentado pelo estudo, contribuiu no enriquecimento de conhecimentos para a pesquisadora, uma vez que esta buscou aprofundar-se, ao máximo, de literaturas que tenham enfoque na temática, contribuindo ainda, no levantamento de discussões e, porque não dizer, em possível elaboração de políticas públicas com abordagem voltada para a problemática. Servindo ainda, como fonte de pesquisa para novos estudos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar o perfil de quedas na terceira idade: tipos, fatores predisponentes e consequências em uma UBS na atenção básica

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Traçar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa.
- Averiguar os principais tipos de quedas e suas implicações para os idosos.
- Conhecer os principais fatores que predispõem às quedas no ambiente domiciliar e extradomiciliar.
- Identificar as principais sequelas decorrentes de quedas entre os idosos participantes do estudo.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS DO ENVELHECIMENTO

No século XV, surgiu a proposta do retardo do envelhecimento através da medicina preventiva e, no século XVIII, as pessoas acreditavam que o ser humano trazia em si um princípio de vida que, mediante o enfraquecimento resultaria na velhice e, por conseguinte, a morte. Mas, foi no século XIX que surgiu a preocupação com a velhice, embora, consideraram-na erroneamente como uma doença, pois durante essa época velho e doente eram vistos como unívocos. Ainda, segundo as autoras descritas acima, foi somente no século XX, na região ocidental, que o cuidado ao idoso se tornou uma especialização e passa a ser ciência por meio do surgimento da geriatria, campo da medicina que estuda as patologias acometidas aos idosos. Posteriormente, surge o termo gerontologia, trata-se de um ramo da ciência que visa estudar o processo de envelhecimento, não mais como uma patologia e sim como uma fase natural do processo vital (FIGUEIREDO E TONINI, 2008).

Portanto, a gerontologia é o estudo que envolve diversos aspectos associados ao envelhecimento, dentre os quais se incluem os problemas físicos, psicológicos, sociais e de ordem financeira da população idosa. Sendo considerada uma área específica da enfermagem, com ênfase na prestação de cuidados à pessoa idosa por meio da aplicação do processo de enfermagem, o que irá permitir identificar, individualmente, as necessidades e subjetividades de cada idoso. Nos últimos anos, o interesse em pesquisar sobre o envelhecimento vem apresentando grande relevância para a sociedade, principalmente para os países em desenvolvimento. Esse fato tem como justificativa primária os crescentes índices, de maneira súbita, da população com mais de 60 anos comparados aos da população global (BEZERRA et al., 2012; ROACH, 2013).

Paralelamente a essas transformações, evidencia-se mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que nos leva a pensar de maneira crítica e preocupante sobre a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos. Todavia, a velhice bem sucedida, sobre o olhar físico e psíquico representa, sem dúvida alguma, a grande fase da vida. Embora, a grande maioria das pessoas permanece afixada aos atributos que a juventude oferece, impossibilitando-as de enxergar a dádiva de poder ter desfrutado de tantos anos que foram vividos e a experiência que pôde ser acumulada ao longo do tempo (CRUZ et al., 2012; MORAES et al., 2010).

Tal pensamento pode ser justificado, segundo Guerra e Caldas (2010), devido ao comportamento da sociedade que dar privilégio a juventude e à beleza estereotipa, o que resulta em idosos recorrendo a métodos tradicionais para se sentirem jovens, a exemplo, pintar cabelos

e realizar cirurgias estéticas, bem como, procuram seguir padrões que a sociedade impõe como moda, temas relacionados à juventude e atitudes que os fazem se sentirem jovens, em algumas situações negam a própria idade. O conceito de envelhecimento observado no dicionário está relacionado ao processo de se tornar mais velho, alterações que resultam na transição do tempo, onde se incluem as mudanças que ocorrem a partir do nascimento e que perduram até a morte para todos os indivíduos (JACOB FILHO & GORZONI, 2008).

Para Ferreira et al (2010), o conceito de envelhecimento consiste em um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e de ordem psicossociais, que acarretam em perda gradual e progressiva da capacidade que o indivíduo apresenta em se adaptar ao meio ambiente, considerando um processo flexível e evolutivo. Contudo, para Moraes et al., (2010), esse declínio na capacidade funcional do indivíduo idoso não o impossibilita de permanecer ativo, independente e feliz. Embora, destaca que, sendo o envelhecimento biológico comum a todos, irreduzível, ativo e irreversível, torna o organismo mais propenso às agressões externas e internas.

Fechine e Trompieri (2012) trazem diferentes conceitos sobre o olhar a respeito do envelhecimento, dentre os quais eles destacam: o envelhecer cronológico que caracteriza a pessoa como sendo “velho” baseando-se na data de nascimento, enquanto o envelhecer biológico é baseado nas condições teciduais da pessoa. O envelhecer psicológico é caracterizado pelo desempenho, maturidade psíquica e acúmulo de experiências vividas e, ainda, citam o envelhecer sociológico que é representado pelas normas da sociedade a qual a pessoa está inserida, uma vez que o indivíduo pode variar de jovem a velho dependendo da sociedade em que vive. É fato que, o envelhecimento representa a passagem do tempo e não a patologia, bem como, as experiências emocionais, a convivência em sociedade e a maturidade psicológica proporcionam a essa fase da vida uma experiência única, subjetiva a cada indivíduo (MAIA et al., 2011).

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA DA POPULAÇÃO IDOSA

No Brasil, especificamente em algumas regiões, o processo de envelhecimento populacional vem tomando grandes proporções, evidenciando claramente um aumento significativo no número de idosos e os efeitos de morbimortalidade representados por essa população. Aumento esse que chega a ser comparado com o de países de primeiro mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como idoso todo e qualquer indivíduo que

apresente idade cronológica a partir dos 65 anos, para os países desenvolvidos e, a partir dos 60 anos, para os países em desenvolvimento (MACIEL et al., 2010; SOUSA & BRANCA, 2011).

O aumento da população idosa, mensurada pelos critérios social e cronológico (igual ou maior que 60 anos) atingiu uma dimensão mundial, acontecendo de maneira súbita e acelerada. A Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) avalia o período de 1975 a 2025 como sendo o período de culminância do envelhecimento (MAIA et al., 2011; SANTOS et al., 2011). Sousa e Branca (2011) mencionam que, dados da OMS presumem, para o ano de 2050, que irá existir, mundialmente, por volta de 2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos, o equivalente à população infantil de 0 a 14 anos, sendo que, em sua grande maioria, estarão distribuídas nos países subdesenvolvidos.

O número de pessoas que apresentavam idade igual ou acima de 60 anos quase aumentou 7 (sete) vezes mais nas últimas cinco décadas, a saber, em 1960 a população de idosos no Brasil era de três milhões, sendo que em 2010 era de 20 milhões. Atualmente, o nosso país alcança os mais elevados níveis de população idosa, sendo estimado para o ano de 2020 um percentual de 14% de indivíduos com faixa etária acima dos 60 anos, o que significa uma quantidade de 30,9 milhões de idosos (BEZERRA et al., 2012). Pinho et al. (2012) afirma que o Brasil irá ocupar, em 2025, a sexta posição no *ranking* mundial dos países com maior número de idosos, estimando um total de 32 milhões de pessoas desse grupo etário.

O índice de envelhecimento, citado por Maia et al. (2011), revela que a proporção de pessoas jovens para idosos é de 100/35,4, respectivamente. A expectativa de vida, nos anos de 1950 a 1955 era em torno de 33,7 anos, passando para 50,9 anos em 1990; em 1995 chegou a 66,25 anos e deverá alcançar uma média de 77,08 por volta de 2020 a 2025.

Diante desse contexto, Bezerra et al. (2012) considera que, o maior desafio da sociedade do século atual é o de prestar cuidados a essa população crescente de idosos, uma vez que, em sua grande maioria, são representados por pessoas de baixo nível socioeconômico e de escolaridade, bem como, estão inseridos nos grupos de risco e com alta prevalência de doenças crônicas e que causam incapacidades.

Maia et al. (2011, p.382), cita que:

Esse processo de envelhecimento demográfico repercutiu e continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida. Tais demandas têm despertado grande interesse na área da saúde pública.

Afinal, uma das grandes preocupações devido ao envelhecimento se dá pelo fato de que o aumento da expectativa de vida relaciona-se diretamente com um significativo aumento na taxa de comorbidades (MAIA et al., 2011).

### 3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DO IDOSO

O crescimento da população idosa, hoje em dia, configura-se tema de debate entre diversos representantes da sociedade, dentre os quais podemos destacar gestores sociais, pesquisadores e políticos de diferentes nações. Segundo Bezerra et al. (2012), “o tema do envelhecimento da população brasileira só entrou realmente na agenda de pesquisa da Associação Nacional de Estudos Populacionais (ABEP) em 1988, durante o VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais”.

Costa e Ciosak (2010) argumentam que, o crescimento do número de idosos e, conseqüentemente, o aumento na expectativa de vida requer um acompanhamento paralelo à melhoria e manutenção da saúde e condições na qualidade de vida, haja vista que, a falta de informação sobre a saúde do idoso ainda é observada em largo espectro e os desafios diante dessa problemática também são grandes. Todavia, um dos maiores desafios nas ações de atenção à população idosa é conseguir ajuda-los a remodelar seus estilos de vida para que possam viver melhor e com qualidade, alcançando sua autonomia e independência (PINHO et al., 2012).

Para isso, o governo vem desenvolvendo medidas e estratégias que visam alcançar esse desafio, a exemplos, o Programa Saúde da Família e Implementação do Calendário Nacional de Vacinação do Idoso. Contudo, nas diferentes instâncias de operacionalização desses programas, profissionais da área da saúde têm-se deparado com idosos acometidos por doenças crônicas que resultam em dependência funcional e, ao serem identificados tardiamente, apresentam dificuldades no desenvolvimento das estratégias que visam reverter ou minimizar as incapacidades (FERREIRA et al., 2012).

Costa e Ciosak (2010) consideram que, “as políticas de saúde em relação ao idoso, têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste momento, se inicia a expansão à saúde dos idosos”. Em 1982 aconteceu a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento dirigida pela Organização das Nações Unidas (ONU), representando o marco no que concerne a discussões voltadas para o interesse da população idosa. Através deste fórum ficou instituído o Plano de Ação para o Envelhecimento, sendo publicado no ano seguinte (RODRIGUES et al., 2007).

Mediante a importância do envelhecimento populacional no Brasil foi criado em 1994 A Política Nacional do Idoso (PNI), aprovada pela Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, que “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010). Rodrigues et al. (2007) destacam que, o Estatuto do Idoso configurou-se em outro importante avanço para a efetivação dos direitos da pessoa idosa, este, sendo sancionado em 2003 pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, através da Lei nº 1.074, de outubro de 2003, entrando em vigor em 1º de janeiro de 2004. O Estatuto trata de diversas áreas dos direitos básicos da pessoa idosa, incluindo as necessidades de proteção e dá reforço as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional do Idoso.

A PNI considera que a garantia dos direitos a pessoa idosa deve ser efetivada por todos os representantes que compõem a sociedade e, não somente dos segmentos públicos, citando na alínea I do Artigo 3º que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL, 2010) Em 2006, houve a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) que estabelece a Atenção Básica como a porta de entrada para o idoso garantir o acesso à saúde e, nos casos necessários, referenciar para os centros de especialidades de média e alta complexidade (COSTA E CIOSAK, 2010).

No entanto, as autoras ainda afirmam que:

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde (COSTA E CIOSAK, 2010. p.438).

Para o fortalecimento de tal afirmativa observa-se o artigo 10º do Capítulo IV, alínea II-a, da Política Nacional do Idoso, que faz menção ao seguinte texto: deve-se “garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)” Com isso, a OMS sugere que as ações de saúde pública desenvolvidas na área do envelhecimento devem considerar os determinantes de saúde encarados ao longo dos anos vividos, sejam eles individuais ou coletivos, socioeconômicos, comportamentais, culturais, ambientais e acesso a serviços, com um olhar especial para as questões de gênero e as desigualdades sociais ((BRASIL, 2010; VERAS, 2009).

### 3.4 ENVELHECIMENTO DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

O próprio estado de senescência ocasiona um declínio na capacidade da pessoa em desenvolver suas funções, tornando-se, a partir dos 75 anos, ainda mais acentuado, acarretando em significativas restrições para o idoso. O sistema musculoesquelético é responsável pela sustentação e movimentação do corpo, sendo formado por músculos, ossos, articulações e tendões, e para que seja mantido ativo necessita de força muscular e flexibilidade nas articulações, o que ora é prejudicado com o processo de envelhecimento ((MONTEIRO & FARO, 2010; SANTOS et al., 2011).

As alterações que ocorrem nos músculos e ossos ao longo dos anos tornam-se evidentes durante a terceira idade. Dentre as quais podemos destacar: a redução do comprimento, elasticidade e números de fibras musculares e, ainda é notória uma perda de massa muscular e elasticidade dos tendões e ligamentos, bem como uma diminuição da viscosidade do líquido sinovial presentes nas articulações. Para Fhon et al. (2013), “a síndrome de fragilidade é uma consequência do envelhecimento relacionada ao processo da doença crônica. Essa síndrome é caracterizada por sua multidimensionalidade e implica maior vulnerabilidade para o idoso”.

Uma pesquisa revelou que, entre os participantes de um estudo que apresentavam faixa etária de 18 a 98 anos se evidenciou um declínio na massa muscular desses sujeitos com início por volta da quinta década de vida, constatando ainda um decréscimo de 1,9kg, para homens e, 1,1kg para mulheres, a cada década, sendo que os membros inferiores foram os locais onde ocorreu maior incidência dessas perdas. E portanto, o ganho de gordura como estratégia de compensação à perda de massa muscular configura-se como um evento natural do envelhecimento, embora, constituindo-se como fator principal para possível surgimento de algumas doenças e incapacidades (FECHINE E TROMPIERI, 2012; FHON et al., 2013).

Podem ocorrer várias limitações na marcha, associadas à falta de energia ou pela rigidez da musculatura, oriundas do envelhecimento (SANTOS et al., 2011). Schneider (2010) corrobora com essa afirmativa ao enfatizar que, observa-se no idoso uma diminuição gradativa da elasticidade e do tecido conjuntivo, decréscimo na quantidade de água do organismo, concentração de gorduras e fraqueza muscular. De acordo com Araújo et al. (2014), a perda de massa óssea se inicia por volta da 5ª a 6ª décadas de vida no homem, observando uma diminuição de 0,3% ao ano, e na mulher cerca de 1% ao ano dos 45 aos 75 anos de idade.

Dentre as principais alterações morfológicas e fisiológicas oriundas do processo de envelhecimento no que concerne ao tecido ósseo, podemos destacar as seguintes: perda de massa mineral óssea, desequilíbrio do processo de reabsorção de cálcio e desmineralização

constante da massa e da densidade óssea, o que resulta em uma maior fragilidade do osso. Essas alterações aumentam o risco de o idoso apresentar distúrbios musculoesqueléticos, a exemplos, osteoartrite, artrite e osteoporose. Condições estas, que causam um impacto expressivo na vida dos idosos e podem afetar intensamente a capacidade funcional (ROACH, 2013).

Dentre os prejuízos acarretados aos idosos devido às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, especificamente as modificações associadas ao sistema musculoesquelético, ressalta-se as quedas, uma vez que são bastante evidenciadas nessa população e que causam grande impacto na qualidade de vida do idoso devido às suas consequências (MACIEL, et al., 2010).

### 3.5 QUEDAS – FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO X CONSEQUÊNCIAS AO IDOSO E IMPLICAÇÕES A SOCIEDADE

De acordo com Meschial et al., (2010) ,“o processo de envelhecimento da população vem acompanhado por problemas de saúde físicos e mentais provocados, frequentemente, por doenças crônicas e quedas”. Segundo a definição da OMS, “queda é qualquer evento involuntário no qual a pessoa perde o equilíbrio e o corpo cai ao piso ou sobre uma superfície firme” (FHON et al., 2013).Maciel et al. (2010), considera que a queda é o resultado da total ausência do equilíbrio postural, e pode estar relacionada com a ineficiência dos mecanismos neurais e osteoarticulares responsáveis pela sustentação do corpo, acontecendo de maneira inesperada, e configurando-se em uma condição geriátrica devido está associada a diversos fatores e causas distintas.

De acordo com Cruz et al. (2012), caracteriza-se como queda todo “evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial”. Segundo dados da OMS, as quedas representam a principal causa de mortalidade por lesão, mundialmente, entre a população idosa, o que corresponde a um terço dos óbitos por lesões acidentais (MENEZES E BACHION, 2012).

Maciel et al. (2010), identificaram através de um estudo retrospectivo por meio de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS que, entre janeiro de 1996 a dezembro de 2005, foram registrados no Brasil 41.054 mil óbitos de idosos por causas externas, equivalendo a 3% do total de mortes nessa população durante os anos já mencionado. Desse total de óbitos por causas externas (41.054 mil), aproximadamente 22,5% tiveram como causa base ou principal o evento de queda, em números reais, a saber, foram 9.249 mortes decorrentes desse evento.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) cerca de 30% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos caem, pelo menos, uma vez ao ano, convergindo com resultados de estudos desenvolvidos em nosso país com essa população (idosos) que vivem em comunidades (CRUZ et al., 2012). Fhon et al. (2013) reforça essa afirmativa ao apontar que, cerca de 28% a 32% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade caem todos os anos, elevando esse percentual para um pouco mais (32% a 42%) em idosos maiores de 70 anos que residem em comunidade. Estudo realizado no Brasil, no ano de 2004, revelou que as quedas estiveram em 3º lugar dentre as principais causas que resultam na morte do idoso, foram 14 mortes para cada 100.000 mil habitantes (MACIEL et al., 2010).

Portanto, os eventos de quedas em meio à população idosa merecem destaque e é considerado um enorme problema de saúde pública pelo fato de sua alta prevalência e morbimortalidade que ocasionam às vítimas do trauma, bem como, ao elevado custo de ordem social e econômica advindos das consequências provocadas por tais eventos e por se configurarem como acontecimentos capazes de ser prevenidos (CRUZ et al., 2012). Para Pinho et al. (2012), estudar a problemática relacionada aos eventos de quedas na população idosa compõe uma temática relevante e desafiadora visando colaborar na promoção do bem-estar dos idosos, tanto em nosso país quanto na maioria das nações desenvolvidas, pelo fato de que os entraves emanados da terceira idade leva a uma preocupação coletiva, ou seja, de toda a sociedade.

De acordo com Fhon et al. (2013), a Síndrome da Fragilidade é fruto depressível do envelhecimento e está associada ao contexto da doença crônica. “Há diminuição das reservas fisiológicas e aumento do déficit funcional, associados a mudanças físicas que provocam efeitos adversos, como queda, aumento da morbidade, incapacidade funcional, institucionalização prolongada e morte”. Maia et al. (2011, p.383), aponta que:

Os fatores causadores das quedas são classificados como: intrínsecos, ou seja, os decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e efeitos causados pelo uso de fármacos; e extrínsecos, que são fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. Estes fatores interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes.

Segundo Felten et al. (2005), existem ainda as quedas de causa iatrogênica, causadas pela assistência ou pelo tratamento médico. Dentro dos principais fatores intrínsecos, podemos citar as “mudanças físicas e mentais relacionadas à idade, diminuição da capacidade funcional, aparecimento de doenças crônicas, alteração do equilíbrio, doenças osteoarticulares, inatividade, alteração da visão e da audição, e vertigem” (PINHO et al., 2012). Segundo Miranda et al. (2010), o maior número de casos referindo quedas está associado aos fatores extrínsecos,

dentre os quais podemos destacar como agentes indutores: presença de mobílias mudáveis, escadas inclinadas e sem corrimão, tapetes soltos e carpetes mal adaptados, iluminação deficiente, objetos espalhados pelo chão, pisos úmidos ou encerados (escorregadios), camas altas, sofás, cadeiras e vaso sanitário abaixo do padrão de acomodação, prateleiras de difícil alcance exigindo a necessidade de uso de banco ou escada para acesso, animais domésticos circulantes no domicílio, uso de chinelos ou sapatos inapropriados e instalação elétrica solta. Menezes e Bachion (2012) ressaltam que, o piso escorregadio, molhado e irregular merece destaque por ser reconhecido consensualmente pela literatura como fator predisponente a quedas.

É importante que haja uma participação da equipe de enfermagem através de palestras, visitas domiciliares, grupos de terceira idade e consultas de enfermagem para que o idoso se torne consciente em relação aos fatores de risco modificáveis existentes em sua residência. Os idosos apresentam o hábito de acordar mais cedo e iniciam suas atividades e tarefas diárias pela manhã; o que torna maior vulnerabilidade de quedas neste período. O principal local onde ocorrem as quedas são os próprios domicílios, principalmente nos quartos, porém a maioria das quedas decorre da realização de atividades arriscadas, a exemplos, subir em objetos acima da altura do corpo e prática de esportes (MENEZES E BACHION, 2012; MIRANDA et al. 2010).

Portanto, os idosos devem receber orientações a respeito de que é importante evitar atividades perigosas e provavelmente desnecessárias, a exemplos, subir em escadas de serviço e bancos ou poltronas que dificultem o equilíbrio. Ainda, segundo os autores acima, calçados inapropriados, a exemplos, com saltos altos, saltos estreitos, solas escorregadias, solas moles e sem suporte para o apoio do calcanhar (colarinhos), modificam a resposta somatossensorial do tornozelo/pé, alterando as condições de contato com o solo e implicando negativamente no equilíbrio postural o que, conseqüentemente, poderá ocasionar possíveis eventos como escorregões, tropeços e quedas (CARVALHO et al., 2012).

Meschial et al. (2010), afirma que a maior incidência de quedas, quanto ao sexo, é observada na população feminina. Todavia, alguns estudos apontam que a maior incidência desses eventos ocorreu no sexo masculino (MACIEL et al., 2010; MIRANDA et al., 2010). As possíveis explicações sobre uma maior incidência de quedas em mulheres permanecem ainda pouco esclarecidas e controversas. “Sugerem-se como causas a idade avançada, a diminuição da realização de atividades externas, uso de medicamentos psicotrópicos, uso de elevado número de drogas e diminuição da força motora” (MESCHIAL, et al., 2010).

A instabilidade postural e os eventos de queda estão inseridos nas síndromes geriátricas que envolvem as alterações de saúde mais frequentes nos idosos, sendo, portanto, considerado

um dos principais problemas clínicos e de saúde pública da população idosa (MAIA et al., 2013). As quedas se constituem como o grande responsável pelo declínio da capacidade funcional e efeitos redutores da qualidade de vida dos idosos, bem como, fator indicativo de institucionalização (CRUZ et al., 2012).

Fhon et al. (2013) afirma que, idosos que apresentam histórico de quedas e outras morbidades associadas podem levar a uma diminuição de suas Atividades de Vida Diária (AVD) o que irá contribuir para que se tornem frágeis. Porém, a condição de fragilidade e a os episódios de quedas podem apresentar relações bilaterais, ou seja, assim como a queda pode ter como resultado um idoso frágil, a fragilidade pode levar o idoso à queda.

Além das consequências físicas, hoje em dia, vem sendo dada ênfase nas implicações psicológicas e sociais que as quedas produzem, pois além de incidirem, muitas vezes, em perda da autonomia e decréscimo na qualidade de vida dos idosos, podem também influenciarem negativamente na vida de seus cuidadores, especialmente os familiares, que geralmente buscam reformular toda uma rotina com cuidados restritos ao idoso para que possa se recuperar do trauma e se readaptar no meio social após o evento traumático. Ainda, segundo Maia et al. (2010) no que diz respeito às consequências psicológicas e sociais, pode-se destacar o abandono de atividades, tristeza, mudança de comportamento, problemas de memória, dificuldade para se orientar no tempo e espaço, sentimento de impotência, declínio em atividade social, isolamento, perda de autonomia, liberdade pessoal e independência, mudança de domicílio/ambiente, modificações de hábitos, volta da independência, atitude protetora, rearranjo familiar e morte. Ante aos dados epidemiológicos associados às quedas em idosos, a criação e implantação de medidas preventivas configura-se em um enorme desafio para pesquisadores e profissionais de saúde em todo o mundo, em especial para o nosso, visto que o aumento do número de idosos aconteceu de maneira súbita e acelerada (MAIA et al., 2010; MENEZES E BACHION, 2012).

O aumento da susceptibilidade natural do processo de envelhecimento que pode acarretar em episódios de queda não significa, necessariamente, que não possam ser prevenidos. Afinal, o desafio principal das políticas de saúde com ênfase na temática está voltado para as ações de prevenção das causas externas que ocasionam as quedas (MACIEL et al., 2010). A prevenção em gerontologia objetiva prolongar a vida com qualidade, promover fatores que retardem os declínios decorrentes do envelhecimento, evitar o envelhecimento prematuro ou patológico e diminuir fatores que possam gerar perda da capacidade de independência e autonomia (MIRANDA et al., 2010). Portanto, os serviços de saúde e os profissionais que neles atuam devem estar organizados e capacitados, respectivamente, para prestar um atendimento

eficaz e de qualidade a essa população, especificamente nas condições de morbidades e incapacidades, que vem crescendo a cada dia (MACIEL et al., 2010).

Essa afirmativa é corroborada por Miranda et al. (2010) quando ressalta que, “o envelhecimento populacional provoca a necessidade de preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda”.

Maciel et al. (2010, p.26), aponta que:

Existem evidências consistentes de que a adoção de ações simples como promoção da saúde, prevenção de quedas, reavaliações periódicas das medicações, adaptações domiciliares, promoção da segurança domiciliar e extrafamiliar tem resultado em êxito na prevenção das quedas em nível populacional.

Diante desse contexto, evidencia-se a necessidade de que os profissionais de saúde, especialmente o Enfermeiro, consigam identificar precocemente os possíveis fatores de risco e solucionar as causas base e comorbidades associadas, visando superar o desafio na atenção à saúde do idoso imposto por essa problemática (MAIA et al., 2011). Portanto, para a implantação de medidas preventivas visando à redução de traumas provocados por quedas que envolva a população idosa, faz-se necessário uma identificação minuciosa sobre as circunstâncias em que as quedas ocorrem, quem são os idosos vítimas desses agravos e onde estão ocorrendo. Uma medida de prevenção eficaz, vista como estratégia para redução dos riscos de quedas, é a adoção do conceito de ambiente seguro, uma vez que a maioria dos eventos de quedas está associada a fatores extrínsecos, observados no próprio domicílio (MAIA et al., 2013; MESCHIAL, et al., 2010).

Entende-se como ambiente seguro o domicílio que apresenta redução do risco para quedas de origem extrínseca, a saber: “degraus de escadas evidentes, delimitados no fim e início; iluminação adequada; pisos secos, foscos, livres de ondulações, e antiderrapantes; grades de segurança, firmes e estrategicamente situadas no ambiente; cadeiras de rodas e camas com breques” (SANTOS et al., 2011). Segundo Jacob Filho e Gorzoni (2008), a implementação de estratégias preventivas de quedas é escassa e rara no Brasil, ficando geralmente restrita a pesquisas acadêmicas e a cargo das instituições privadas.

Todavia, vale lembrar que o enfermeiro pode auxiliar o idoso a prevenir as quedas, estimulando aumento da mobilidade, alimentação saudável e ambiente seguro (SCHNEIDER, 2010). Desta forma, a atuação dos profissionais de saúde para a prevenção de quedas contribui para garantir maior autonomia e independência aos idosos (MIRANDA et al. 2010). Contudo, para que as ações de prevenção à queda sejam eficazes o programa preventivo deve ser

analisado criteriosamente em relação ao problema, metas claramente elaboradas e definidas, intervenções de fácil aplicação, porém, eficazes e, principalmente, colaboração e comprometimento de todos os participantes envolvidos com o processo para que, somente assim, o programa funcione eficientemente e traga resultados significativos (FELTEN et al., 2005).

Schneider (2010) afirma que, “embora seja evidente o aumento de quedas no processo de senescência, a literatura gerontológica conta com poucos estudos epidemiológicos sobre esse relevante assunto”. Cerca de 10 bilhões de dólares são gastos por ano pelo sistema de saúde norte-americano com fraturas de quadril. Em relação à morbidade por causas externas, as quedas lideram as internações, correspondendo a 56,1% do total ((PINHO et al., 2012; SCHNEIDER, 2010).

Maia et al. (2011) afirma que, “A cada ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas decorrentes das quedas. Em 2006 foram gastos R\$ 49.884.326 com internações de idosos por fratura de fêmur e R\$ 20 milhões com medicamentos”. Portanto, como podemos observar os custos financeiros destinados para subsidiar os efeitos trazidos por quedas são alarmantes. Sendo assim, espera-se que essas implicações desperte na sociedade, civil e governamental, a consciência de que é indispensável uma promoção na atenção direta e mais qualificada para o idoso do que a que está sendo oferecida atualmente (MIRANDA et al. 2010).

### 3.6 ASSISTÊNCIA A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE QUEDAS

Atualmente no Brasil, o idoso confronta-se com várias dificuldades para garantir sua assistência à saúde, como o desrespeito, a deficiência e/ou falhas nos programas específicos e a carência de investimentos públicos para atender as suas necessidades. A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, resultando-se do aumento acentuado da expectativa de vida observado nas últimas décadas (BIAZIN E RODRIGUES, 2009; CARVALHO et al., 2014).

E para garantir assistência à pessoa idosa, no âmbito de suas necessidades, Carvalho et al. (2014) afirmam que, sobretudo, deve-se promover o bem-estar físico, mental e social, além de proporcionar o acesso a diagnósticos, medicações e reabilitação funcional. Ainda, segundo Carvalho et al. (2014), hoje em dia no nosso país há apenas duas alternativas no atendimento a saúde do idoso, este, pode a qualquer instante, utilizar a rede pública – SUS (Sistema Único de Saúde) – ou os serviços particulares de saúde, oferecidos à população que possa contratá-los.

O atendimento pela rede pública é precário e problemático, caracterizado pela quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda necessária e demora no atendimento. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem despertado o olhar da sociedade por seu diferencial na assistência à saúde, que busca chegar até a vítima identificando e tratando condições de ameaça a vida. O PHTLS define que a assistência à vítima de trauma precisa obedecer à sequência mnemônica A-B-C-D-E, a saber, “A” refere-se à abertura de vias aéreas e controle cervical; “B” corresponde à manutenção da respiração; “C” aos procedimentos que mantêm suporte circulatório; “D” à avaliação neurológica, através da Escala de Coma de Glasgow; e “E” à exposição da vítima e proteção do ambiente (LINO et al., 2014; SILVA et al., 2013).

Os idosos vítimas de trauma recebem atendimento igual aos pacientes de outras faixas etárias, no entanto deve-se considerar que este grupo apresenta peculiaridades que precisam ser levadas em consideração devido à pouca reserva funcional de seus órgãos. Além disso, os idosos apresentam incapacidade de uma boa resposta ao trauma. Os idosos que sofreram trauma requerem internação hospitalar com maior frequência quando comparados com os mais jovens, e representam a maior porcentagem dos pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), além disso, sua assistência é mais dispendiosa do que a pacientes de qualquer outro grupo etário (BIAZIN E RODRIGUES, 2009; CARVALHO et al., 2014).

De acordo com estudo realizado por Carvalho et al. (2014), nas primeiras 24 horas após a ocorrência do trauma, 49,1% dos idosos ganham alta hospitalar e 22,2% permanecem internados para um procedimento cirúrgico, além disso, 20% são vítimas fatais quando sofrem atropelamento, possivelmente devido a sua vulnerabilidade. A assistência à vítima de trauma deve sempre ser prestada por uma equipe habilitada e treinada. O enfermeiro especialista em situações emergenciais adquiriu uma formação voltada para realizar o cuidado de pacientes em condições de urgência e emergência. Com isso, estará preparado para avaliar e identificar as implicações que poderão levar o paciente a óbito caso não seja procedido a intervenção imediata (LIMA, 2011).

De acordo com estudo realizado por Lino et al. (2014), os procedimentos mais frequentes diante dos casos de trauma, foram as imobilizações nos idosos. Ainda, no que diz respeito ao atendimento pré-hospitalar diversas técnicas foram observadas, a exemplos, desobstrução das vias aéreas, rolagem do paciente, imobilização da coluna cervical, tanto a imobilização da vítima em pé ou decúbito dorsal em prancha longa, a colocação de KED e estabilização de fraturas (LINO et al., 2014).

Ainda, entre os procedimentos mais executados na assistência ao idoso, está a verificação dos sinais vitais e administração de medicamentos, que é realizada pela equipe de enfermagem. Portanto, ressalta-se a necessidade de estímulo aos profissionais, que requerem de qualificação contínua, habilidade técnica e controle emocional. Identificar os fatores de risco de quedas em idosos é de grande importância para que a assistência básica de saúde possa traçar métodos preventivos com o objetivo de manter ou melhorar a capacidade funcional, prevenindo internações hospitalares e danos físicos, diminuindo assim os gastos que as quedas acarretam ao sistema de saúde (CARVALHO et al., 2014; LINO et al., 2014).

Portanto, para que haja uma assistência adequada à pessoa idosa vítima de trauma, a equipe de saúde deve estar preparada para saber diferenciar as modificações relacionadas ao processo de envelhecimento das sequelas decorrentes do trauma. O idoso, embora exija as mesmas condutas de atendimento prestadas ao jovem, apresenta maior suscetibilidade a complicações, devido ao grau de fragilidade relacionado com a idade avançada, chances de infecções e sangramentos, instabilidade hemodinâmica, maior sensação de dor e presença de comorbidades decorrentes das doenças crônico-degenerativas. A Enfermagem deve estar apta a identificar as dificuldades e degeneração do sistema funcional e locomotor do idoso para orientar os cuidadores e os idosos a buscarem uma melhor qualidade de vida (MIRANDA et al., 2010; (SILVA et al., 2013).

Para isso, também se faz necessário cobrar dos gestores do SUS os direitos dos idosos, quanto ao atendimento e programas, tão bem colocados nos estatutos, para que assim eles possam desfrutar desses benefícios, tendo uma melhor assistência e qualidade de vida (CARVALHO et al., 2014).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. De acordo com Cervo e Bervian (2002), a pesquisa descritiva é aplicada, com maior frequência, nos estudos com enfoque nas ciências humanas e sociais, procura abordar assuntos que necessita de um estudo científico, voltado para a análise de dados ou problemas que, não estão documentados, porém, requerem registros para que se possa estabelecer importância e, conseqüentemente, alcançar a resolução dos problemas de um determinado grupo de indivíduo ou sociedade.

Na pesquisa exploratória o estudo objetiva uma análise sistemática do problema em debate, bem como, recorrer a procedimentos de amostragem mais flexíveis. Conforme Marconi e Lakatos (2010), esse “têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas”.

Os estudos quantitativo-descritivos que empregam procedimentos de amostragem, dentre seus objetivos, consistem em delinear ou analisar as características apresentadas em determinados fatos ou fenômenos. Utilizando-se de métodos formais que permitirá a verificação de hipóteses, uma vez que, os dados obtidos são apresentados com precisão e controle estatístico, podendo ser utilizado várias técnicas para a coleta de dados, dentre elas, a entrevista (MARCONI E LAKATOS, 2010).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa teve como locus a Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco, localizado à Rua Genésio Ricarte, s/n – Bairro São Francisco, Brejo Santo-Ceará. A UBS funciona em horário comercial e oferece diversos serviços à comunidade, dentre eles estão: consulta médica e de enfermagem; tratamento odontológico; pré-natal e puericultura; exame preventivo; imunização; grupos de educação em saúde (hipertensão, diabetes, gestantes); planejamento familiar; entre outros. A equipe de profissionais é formada por médico (01), enfermeiro (01), odontólogo (01), técnico de enfermagem (01), psicólogo (01), fisioterapeuta (01), assistente social (01), atendente (02), agentes comunitários de saúde (05) e auxiliar de serviços gerais (01).

O presente estudo se deu no primeiro semestre de 2019, onde foi realizada visitas, Essas foram realizadas em dias aleatórios, durante o turno matutino, por parte da pesquisadora, para levantamento dos números de idosos adscritos na UBS e, posteriormente, realizou-se a aplicação do instrumento de coleta de dados.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O cálculo amostral foi constituído por todos os idosos, cadastrados na Ficha A (cadastro familiar) da Unidade Básica de Saúde São Francisco, do município de Brejo Santo-CE e teve como amostra significativa os indivíduos acima de 60 anos, que sofreram algum tipo de trauma por quedas e aceitarem participar do estudo. Após os critérios de inclusão, a amostra do presente estudo compreendeu um total de 12 indivíduos.

O estudo teve como critérios de inclusão todos os indivíduos com 60 anos ou mais que foram vítimas de quedas, desde que adscritos na UBS - São Francisco, do município de Brejo Santo-CE e que, durante as visitas realizadas pela pesquisadora, e que mediante livre aceitação e assinatura dos termos TCLE e TCPE, pudessem responder o instrumento de coleta de dados.

Foram adotados como critérios de exclusão todos os indivíduos que não correspondam à faixa etária indicada para a realização da pesquisa, mesmo havendo referir episódio de queda, de qualquer natureza, bem como, os idosos que, mesmo apresentando os quesitos obrigatórios à realização da pesquisa, não forem localizados nos dias e horários em que a pesquisadora realizou a visita domiciliar para a coleta dos dados, e/ou ainda os que forem localizados, mas, se recusaram a participar do estudo.

#### 4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, que foi aplicada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento Pós-esclarecido (TCPE) a todos os sujeitos que atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa. Na produção desse instrumento houve a formulação de perguntas objetivas e subjetivas, para que assim, pudessem ser abordados todo o contexto no qual a pesquisa se propõe analisar.

A escolha desse instrumento se deu pelo fato do estudo estava relacionado a uma investigação de ordem social que poderá ser mediada através do diálogo entre o pesquisador e o pesquisado, tendo como objetivo apresentar dados ou problemas relacionados a um

determinado grupo de indivíduos ou sociedade, através da realização de um estudo sistemático (MARCONI E LAKATOS, 2010).

#### 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os resultados encontrados foram examinados a partir da técnica de interpretação de conteúdo, baseando-se nos números representativos de quedas, bem como na semelhança das características apresentadas pelos sujeitos do estudo para cada tipo de trauma relatado.

Posteriormente, os dados foram dispostos em tabelas e/ou gráficos para um melhor entendimento e visualização, assim, possibilitando discussões e comentários a respeito dos resultados encontrados o que permitirá a corroboração ou divergência com outras pesquisas que abordem a temática. Para tabulação dos resultados foi utilizado o *Microsoft® Office Excel*.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo segue as normas adotadas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que delimita os direitos humanos a serem respeitados, de todo e qualquer indivíduo, que participe de pesquisa científica, individual e coletiva. De acordo com a resolução citada, no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, se torna, indiscutivelmente, necessário o “respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida” (BRASIL, 2012). A coleta das informações aqui expressas só foram possíveis após a provação do comitê de ética e pesquisa(CEP) do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Portanto, foram assegurados, aos participantes do presente estudo, todos os direitos aos quais se fazem necessários para que não houvesse implicações de danos (físico, moral ou psicossocial) em sua integralidade. Sendo, a referida pesquisa, construída por meio dos princípios éticos, da justiça, autonomia e benevolência.

O estudo não ofereceu risco para os indivíduos avaliados, mas como toda pesquisa pode por ventura vir a causar-lhes alguns desconfortos ,a pesquisadora se reservou no direito de sanar quaisquer desconfortos ou constrangimentos que os participantes viessem a sentir .Esperou-se que o estudo trouxesse os benefícios de ofertar a promoção de conhecimento acerca das deias aqui relatadas, bem como salientar a importância de que haja uma maior observação acerca das quedas que os idosos sofrem e de como os mesmos podem ser tratados diante desses

acontecimentos . Os benefícios esperados com o estudo são para que se possa despertar a percepção do enfermeiro sobre a necessidade de uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes idosos vítimas de quedas. Com isso, o estudo ainda irá contribuir para a avaliação das consequências de quedas em indivíduos da terceira idade, como também, divulgar novos dados a respeito do tema em discussão, servir de documento formal capaz de fundamentar a criação de medidas e estratégias voltadas para a resolução ou minimização do problema apresentado pelo estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em relação aos principais achados no presente estudo foram encontrados os seguintes dados relacionados ao perfil sóciodemográfico dos participantes da pesquisa: 25,02% dos indivíduos entrevistados tinham a idade de 68 anos, 16,67% tinham entre 61,65 e 72 anos. No que se refere ao gênero pesquisado 66,66% eram do sexo feminino (Tabela 01).

**Tabela 01.** Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, em uma UBS da família, Brejo Santo-CE, 2019.

| <i>VARIÁVEL</i>               | <i>VALOR ABSOLUTO (nº12)</i> | <i>VALOR RELATIVO (%)</i> |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <i>Faixa etária</i>           |                              |                           |
| 61                            | 2                            | 16,67%                    |
| 65                            | 2                            | 16,67%                    |
| 67                            | 1                            | 8,33%                     |
| 68                            | 3                            | 25,02%                    |
| 72                            | 2                            | 16,67%                    |
| 84                            | 1                            | 8,33%                     |
| 82                            | 1                            | 8,33%                     |
| <b>Total</b>                  | 12                           | 100%                      |
| <i>Sexo</i>                   |                              |                           |
| Feminino                      | 8                            | 66,67%                    |
| Masculino                     | 4                            | 33,33%                    |
| <b>Total</b>                  | 12                           | 100%                      |
| <i>Escolaridade</i>           |                              |                           |
| Ensino médio Incompleto       | 6                            | 50,00%                    |
| Analfabeto                    | 3                            | 25,00%                    |
| Ensino Fundamental Incompleto | 3                            | 25,00%                    |
| <b>Total</b>                  | 12                           | 100%                      |
| <i>Renda Familiar</i>         |                              |                           |
| R\$ 998,00                    | 8                            | 66,66%                    |
| R\$ 998,00 á 2.000            | 4                            | 33,44%                    |

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| <i>Total</i> | 12 | 100% |
|--------------|----|------|

**Fonte:** Pesquisa direta, 2019.

Na presente pesquisa a maioria (66,67%) da amostra avaliada era feminina, o que pode ser explicado devido ao fato de que segundo estudos as mulheres vivem mais que os homens. Destaca-se ainda que a prevalência no presente estudo para a ocorrência de quedas foi no público feminino, e em outros estudos, também é possível encontrar essa informação, mas a literatura não traz uma abordagem clara acerca de quais são esses fatores que predispõem a mulher idosa a vivenciar essa situação com mais frequência, requerendo dessa forma mais pesquisas para que se possa entender essas situações.

O que se entende ao certo é que alguns fatores dizem respeito ao fato de que as mesmas possuem massa corpórea diferente dos homens, essas possuem massa magra e força muscular menor, sendo que há maior perda de massa dos ossos devido aos níveis hormonais, isso acaba contribuindo para o surgimento da osteoporose e possíveis riscos de quedas (VIEIRA et al., 2018).

Nos questionamentos relacionados ao perfil socioeconômico e a escolaridade foram encontrados os seguintes resultados: Em relação a escolaridade 50,00% tinham o Ensino Médio Incompleto. 91,66% desses indivíduos eram católicos e 66,66% possuíam uma renda de R\$ 998,00 reais.

Esses achados corroboram com os questionamentos de Vieira et al., (2018) os autores relatam que a classe econômica e os níveis de escolaridade mostram-se inversamente correlacionados aos fatores que predispõem os riscos de quedas, esses achados são relacionados a outros estudos já realizados. Uma possível explicação para essas informações, se devem ao fato de os indivíduos com baixa escolaridade e baixas condições econômicas terem dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde e isso contribuiria de forma significativa para a prevenção dos fatores de riscos para as quedas em indivíduos idosos. Embora a presente pesquisa tenha encontrado maior número de quedas em indivíduos do sexo feminino a literatura também traz uma abordagem no qual, os idosos do sexo masculino são suscetíveis a ocorrência de quedas sejam elas domésticas ou extra domésticas, devendo-se esse fato principalmente a característica de que o homem está mais envolvido em atividades mais pesadas e requerendo dos mesmos mais força e habilidades físicas.

Em consonância as ideias acima mencionadas, em um estudo de Abreu et al., (2018), foi visto que as taxas de mortalidade foram mais altas em indivíduos do sexo masculino em todo o período do estudo. Outras pesquisas também desse tipo encontraram uma prevalência

maior da ocorrência de quedas em idosos do sexo masculino, estudos associaram esse tipo de comportamento ao fato de que o homem está envolvido em atividades físicas mais intensas, e ignoram as possíveis limitações de suas aptidões físicas, dessas forma muitas vezes esses eventos são mais graves ocasionando internações hospitalares e conseqüentemente óbito.

Entretanto é importante destacar que fatores sociodemográficos não são os principais itens que facilitam a ocorrência de quedas em idosos, há também diversos outros interferentes tais como :hábitos de vida, descuidos e situações que podem atuar para que os mesmos venham a sofrer algum tipo de acidente.

## 5.2 OS PRINCIPAIS FATORES QUE PREDISPÕEM QUEDAS NO AMBIENTE DOMICILIAR E EXTRADOMICILIAR

Todos os participantes do estudo relataram que sofreram quedas, dos quais os tipos foram mostrados na tabela 02: Relata-se que o “X” está representando os indivíduos que não mencionaram o tipo de queda (41,66%) que haviam sofrido, apenas relataram o fato da queda ter acontecido). 16,66% mencionaram que haviam sofrido quedas do tipo “da própria altura” e/ou “queda domiciliar”.

**Tabela 02.** Demonstrativo sobre os tipos de quedas sofrida pelos participantes da pesquisa, em uma UBS da família, Brejo Santo-CE, 2019.

| <b>TIPO DE QUEDA SOFRIDA PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> |                              |                           |
|--|------------------------------|---------------------------|
| <b>VARIÁVEL</b>  | <b>VALOR ABSOLUTO (n°I2)</b> | <b>VALOR RELATIVO (%)</b> |
| <b>Da própria altura</b>                                     | 02                           | 16,66%                    |
| <b>Queda domiciliar</b>                                      | 02                           | 16,66%                    |
| <b>Acidente</b>  | 01                           | 8,34%                     |
| <b>X</b>   | 05                           | 41,66%                    |
| <b>Escorregou na calçada</b>                                 | 01                           | 8,34%%                    |
| <b>Desgaste do joelho</b>                                    | 01                           | 8,34%%                    |
| <b>Total</b>   | 12                           | 100%                      |

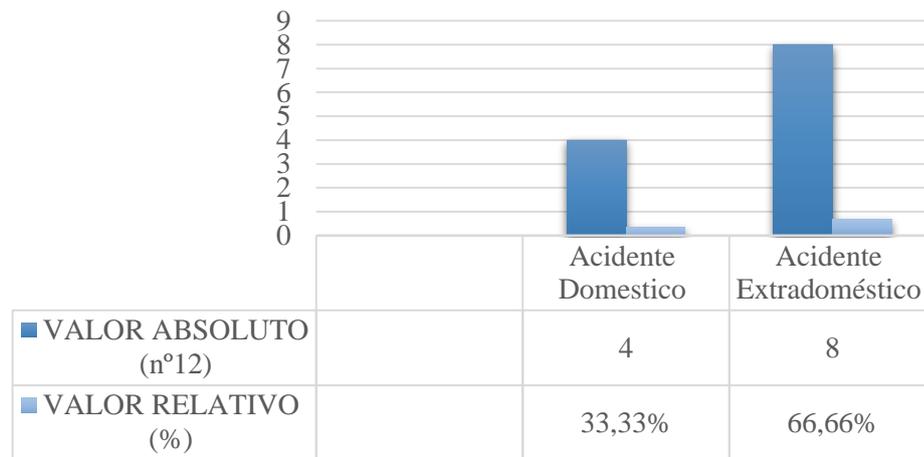
Fonte :Pesquisa direta, 2019.

Os principais tipos de queda sofrida pelos participantes da pesquisa foram decorrentes da própria altura, e de queda domiciliar, acidentes. Alguns relataram falaram que escorregaram nas calçadas, falaram do fato de terem sofrido acidente por causa da própria altura, outros mencionaram a questão de desgaste no joelho, e houveram ainda participantes que relataram fato de terem sofrido acidente doméstico. Dos indivíduos analisados, esses relataram que os principais fatores que contribuíram para a ocorrência da quedas foram muitas vezes o fato de os mesmos possuírem alguma patologia ou simplesmente por estarem em ambientes inadequados como por exemplo calçadas altas, pisos escorregadios, ou seja ambientes que não ofereciam segurança para o idoso.

No estudo realizado por Neto et al., (2018) do tipo transversal, exploratória, descritiva e quantitativa, realizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre maio e junho de 2015 com 473 idosos, utilizando um questionário sobre exposição a 20 fatores de risco domiciliares. Os pesquisadores encontraram os seguintes resultados: Piso do banheiro escorregadio, ausência de iluminação noturna quando idoso se levantam durante a noite para a micção. Esses fôramos fatores destaques pois são os grandes causadores de quedas em idosos.

Ainda de acordo com o estudos é importante destacar que esses fatores estão relacionados aos tipos de condições relacionadas à saúde, evidências do processo de envelhecimento. Os autores ainda mencionam o fato de que para amenizar fatores desse tipo é vidente a adoção de medidas no controle clínico das patologias e de ações intersetoriais, como por exemplo assistência social e a padronização arquitetônica das residências dos idosos. Medidas devem ser adotadas em conjunto com políticas públicas de eficácia para garantir a segurança da população, isso já é uma realidade comum em outros países

Abordados acerca de a queda ter sido por acidente doméstico ou extradoméstico, as principais informações obtidas podem ser vistas no gráfico 01. Entende-se que boa parte dos relatos foram referentes a quedas que foram acidentes extradomesticos (66,66%) e 33,33% foram acidentes domésticos.

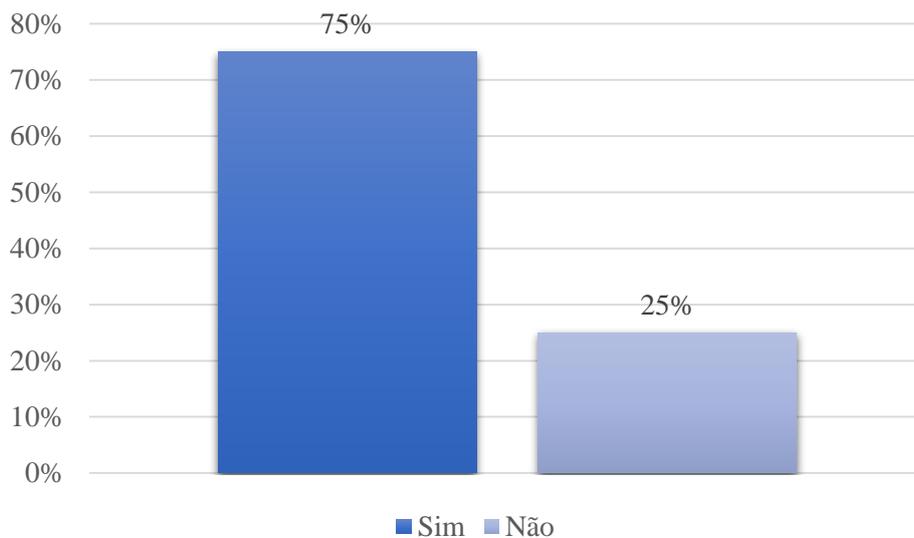


**Gráfico 01.** Demonstrativo acerca da queda sofrida ter sido por acidente Doméstico ou extra doméstico. **Fonte** :Pesquisa direta, 2019.

Boa parte das quedas em idosos são por ambientes inadequados e neste caso destaca-se que grande vilão que poderia ser evitado seria “o piso escorregadio”. Outros fatores também podem atuar em conjunto com esses, são os objetos que muitas vezes são deixados jogados pelo chão. Ressalta-se que boa parte dos fatores que predispõem a ocorrência de quedas estão ligados aos hábitos de vida cotidiana do idoso, tais como medicamentos consumidos de forma incorreta, problemas de visão, doenças de Parkinson, dores crônicas e etc.

Em um estudo transversal, realizado por Vieira et al., (2018) os pesquisadores realizaram análise de 1.451 indivíduos idosos que residiam em Pelotas-RS ,na zona urbana no ano de 2014.Nessa pesquisa a análise foi descritiva dos qual houve a representação da prevalência de quedas em idosos nos últimos anos .nos quais foram encontrados os seguintes achados : no último ano foi de 28,1% (IC95% 25,9–30,5) fato esse que se deu nas residências dos idosos avaliados .Entre os indivíduos que haviam sofrido quedas esses 51,5% (IC95% 46,6–56,4) tiveram uma única queda e 12,1% (IC95% 8,9–15,3) tiveram fratura como consequência, a de membros inferiores foi a mais mencionada .a ocorrência de quedas foi mais elevada em idosas do sexo feminino ,em idade avançada ,nível baixo de escolaridade ,incapacidade funcional para a realização de atividades cotidianas e portadoras de doenças crônicas tais como diabetes, doença cardíaca e artrite.

Em continuidade ao questionamento anterior, as quedas sofridas pelos participantes ocorreram consequências, dos quais 75% disseram que sim, e 25% mencionaram que não houveram consequências para as quedas sofridas pelo mesmos (gráfico 02).



**Gráfico 02.** Distribuição dos participantes em relação às consequências das quedas sofridas, em uma UBS da família, Brejo Santo-CE, 2019. **Fonte :** Pesquisa direta ,2019.

Para Smith et al., (2017) queda são situações que ocorrem frequentemente, e por serem multifatoriais acaba se tornando difícil o estabelecimento de um único fator de risco para sua ocorrência. Esses fatores podem ser divididos em fatores intrínsecos que são independentes do próprio indivíduo e estão relacionados às alterações fisiológicas e psicossociais em conformidade com o processo de envelhecimento, e os fatores extrínsecos que são decorrentes da inter-relação do idoso com a qual ele convive. Ocorrência da queda na terceira idade é algo de intensa preocupação. As quedas relacionadas à própria altura são os principais fatores causadores de mortalidade acidental em indivíduos que estejam com idade acima de 65 anos. E além dos acidente serem fatais ainda podem deixar grandes sequelas. As principais consequências relacionadas são as escoriações e lesões deixadas na pele, fraturas localizadas na região do quadril, membros superiores com ombros e punhos.

Os maiores impactos na qualidade de vida do idoso acometido por quedas são a morbimortalidade, o decréscimo funcional, a internação hospitalar, a institucionalização, o dispêndio de serviços sociais e de saúde e as limitações, direta ou indiretamente, no desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (MACIEL et al., 2010).

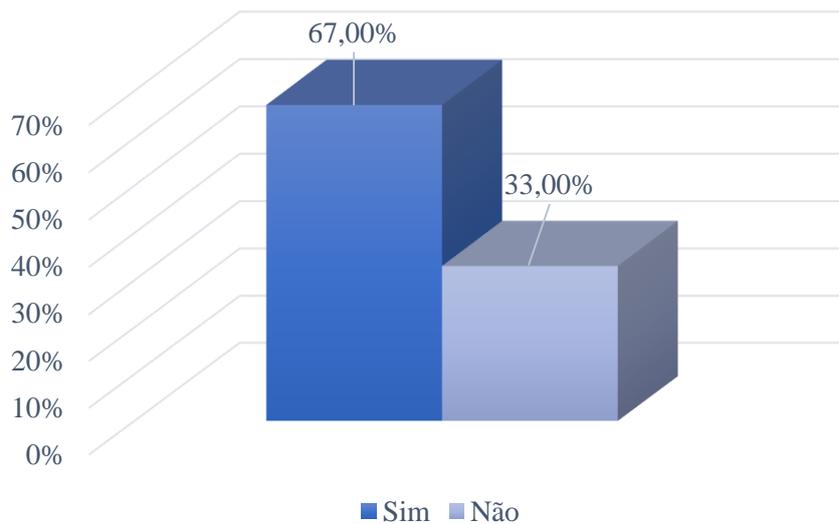
Maia et al., (2013, p.383), considera que:

Dentre as principais consequências decorrentes das quedas, encontram-se as fraturas, que parecem imputar ao idoso maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Entre outras consequências das quedas, encontram-se lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão e o chamado “medo de cair” (medo de subsequentes quedas), que também pode acometer idosos que nunca caíram.

Essa última fala também foi evidenciada em outros estudos revelando que, entre as consequências psicológicas, a mais apontada pelos idosos que sofreram quedas foi o medo de voltar a cair, considerado “síndrome pós-queda” (FHON et al., 2013).

### 5.3 CONSEQUÊNCIAS E SEQUELAS DECORRENTES DE QUEDAS ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Muitos indivíduos que sofreram quedas geralmente acabam adquirido sequelas que são decorrentes do acidente ocorrido. 67,00% dos indivíduos entrevistados disseram que possuem sequelas que foram decorrentes das quedas que os mesmos vieram a sofrer, mas uma pequena parte (33,00 %) relatou que apesar de terem sofrido quedas domésticas ou extra domésticas não apresentaram sequelas após ocorrido.



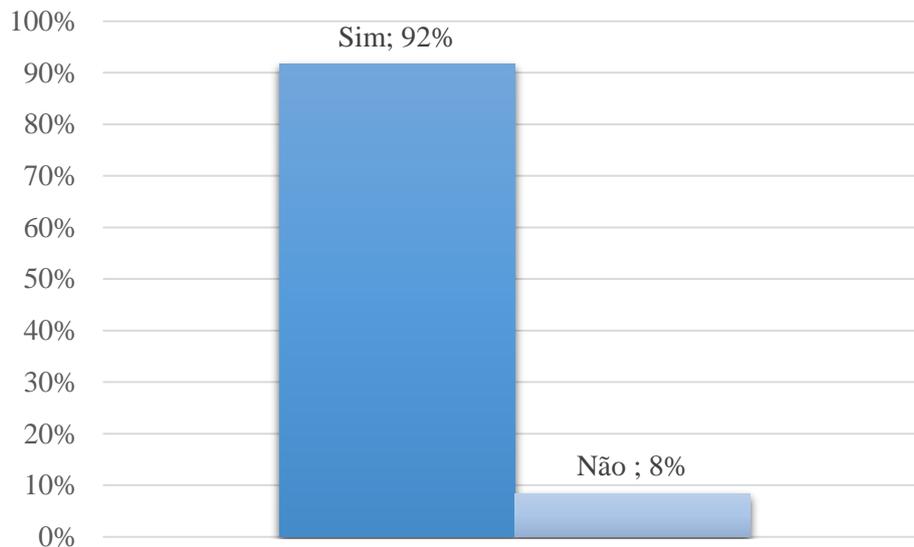
**Gráfico 03.** Sequelas relacionadas a queda sofrida pelos participantes da pesquisa em uma UBS da família, Brejo Santo-CE, 2019. **Fonte:** Pesquisa direta, 2019.

É importante que se atente ao fato de que as consequências deixadas pelas quedas vão além das próprias lesões e do acidente em si, pois no acidente o idoso vai passar pelo processo de falta de mobilização e dependência relacionadas após a ocorrência da queda, menciona-se ainda que os sintomas após a queda podem ir além escoriações.

O estudo de Gasparotto & Santos, (2012) demonstrou que, a ocorrência da queda passa a ser vista como risco eminente quando essa passa a interferir no deslocamento do idosos nos ambientes externos do lar. Se tratando de idosas femininas, estas acabam se preocupando mais com esses acidentes pois essas experiências acabam por comprometer a execução das atividades

do dia a dia. É importante que se destaque esses fatores, pois há a necessidade de promoção a adesão do autocuidado.

Avaliados quanto ao fato de estarem ou não realizando algum tipo de tratamento em decorrência da queda sofrida, 92% dos indivíduos relataram que sim, e 8% disseram que não faziam nenhum tipo de tratamento (gráfico 04).



**Gráfico 04.** Demonstrativo sobre o fato dos participantes da pesquisa terem feito algum tratamento ou/e se estavam em tratamento após a ocorrência da queda. **Fonte :** Pesquisa direta, 2019.

Após uma revisão de dez estudos sobre consequências ao idoso acometido por quedas, Maia et al. (2013, p.384) considerou vários prejuízos, citados por diversos autores, que apontaram como sequelas de quedas para o idoso. Sendo estes:

Fraturas, imobilização, lesões de tecidos moles, contusões, entorses, feridas, abrasões, extravasamento de líquido, lesões musculares, lesões neurológicas, enfermidade nos pés, surgimento de outras doenças, doenças sensoriais, danos físicos, dor, dificuldade para utilização dos membros superiores (MMSS), dificuldade para levantar da cadeira e realizar exercícios, dificuldade para andar, declínio da atividade funcional e atividade física, dificuldade nas atividades de vida diária (AVDs), atendimento médico e de urgência, hospitalização, medicação, reabilitação, fisioterapia, cuidados da enfermagem e cirurgias.

Segundo Ferreira et al., (2012) visando uma melhora na qualidade de vida para a população e, conseqüentemente, criando perspectiva para uma melhor qualidade de vida dos idosos, tendo em vista um envelhecimento com independência e autonomia, um envelhecer com saúde e permanecer ativamente, vem sendo desenvolvido programas sociais e de saúde com ênfase na preservação da independência e autonomia, a exemplo, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF) que é desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF), e que vem

alcançando resultados satisfatórios por meio de medidas de prevenção e promoção da saúde dos idosos que vivem na comunidade.

## 6 CONCLUSÃO

Ao analisarmos algumas condições de saúde-doença dos idosos participantes da pesquisa, foi verificado que houveram diversos fatores que contribuíram para a ocorrência da queda, fatores esses caracterizados como extrínsecos e intrínsecos. Foram observados achados referentes a doenças que comprometiam ou dificultavam a capacidade motora do idoso, tais como falta de equilíbrio, desgastes musculoesquelético e outros. Os achados encontrados no presente estudo foi que os principais tipos de quedas sofridas pelos idosos foram: Da própria altura, queda domiciliar, acidente, escorregou na calçada, desgaste do joelho. Estando boa parte desses achados relacionados as condições físicas que o idoso apresentava.

De acordo com esses achados é visível a necessidade de que haja cada vez mais a necessidade de estimular a ação dos cuidadores e que esses possam atuar de forma a promover práticas saudáveis que possam atuar de forma a contribuir para a melhoria da saúde do idosos bem como na redução dos índices de quedas sofridas por esses indivíduos.

As condições de saúde dos idosos revelam também a necessidade de avaliação e/ou reavaliação por parte dos profissionais de saúde no âmbito da promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Sendo assim é de grande relevância o conhecimento acerca dessa temática para que se possa alcançar resultados satisfatórios na prática diária. Com o aumento da população idosa, estudos demonstram a magnitude da temática, reforçando a necessidade de políticas públicas que ofertem os cuidados necessários e ações preventivas onde atuem para que haja a diminuição ou minimização dos risco de quedas.

Portanto conclui-se que é de fundamental importância que os profissionais da enfermagem bem como os profissionais de saúde que atuam no cuidado ao idoso, tenham o conhecimento da temática “quedas em indivíduos idosos” e que possam atuar de maneira a promover ações de cuidado e prevenção a esse tipo de acidente. É importante que se trabalhe de forma a desenvolver uma reeducação acerca desses questionamentos para que os idosos não venham a sofrer tanto com esses tipos de traumas e que por ventura se vierem a passar por esse tipo de situação, esses recebam o atendimento adequado de maneira a não deixar sequelas que venham a comprometer a rotina dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D.R.O.M et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1131-1141, 2018.
- ARAÚJO, A. P. S. ... [et al.]. Alterações Morfofisiológicas Decorrentes do Processo de Envelhecimento do Sistema Musculoesquelético e suas Consequências para o Organismo Humano. **Persp. Online: biol & saúde**, Campos dos Goytacazes, 12(4), 22-34, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Po): Editora Edições 70; 2000.
- BEZERRA, F. C. ... [et al.]. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012; 15(1):155-167.
- BIAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina - Paraná\*. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(3):602-8.
- BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Política Nacional do Idoso. Brasília, 2010.
- BRASIL, **Ministério da Saúde**. CNS/MS. Resolução 466/2012. Brasília, 2012.
- CARVALHO, F. F. M. et al. Quedas Domiciliares: Implicações na Saúde de Idosos que Necessitaram de Atendimento Hospitalar. **Revista de Enfermagem** | FW | v. 8 | n. 8 | p. 17-30 | 2012.
- CARVALHO, E. M. .et al. Atenção à Saúde do Idoso no Brasil Relacionada ao Trauma. **Revista UNINGÁ Review**. Vol.20, n.3, pp.88-93 (Out - Dez 2014).
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**, 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.
- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(2):437-44.
- CRUZ, D. T.et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública** 2012;46(1):138-46.
- FECHINE, B. R. A. et al.O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. ISSN: 16 79-9844. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012 D.O.I: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>.
- FELTEN, B. S. et al. **Geriatrics e Gerontologia**. 2v. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2005.
- FERREIRA, O. G. L. ... [et al.]. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm.. USP** 2010; 44(4):1065-9.

FERREIRA, O. G. L. ... [et al.]. Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8.

FHON, J. R. S. ... [et al.]. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev Saúde Pública**. 2013;47(2):266-73.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FREITAS, R. ... [et al.]. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 478-85.

GASPAROTTO LPR, SANTOS JFFQ. A importância da análise dos gêneros para fisioterapeutas: enfoque nas quedas entre idosos. **Fisioter Mov** 2012 Out/ Dez;25(4):701-7.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2931-2940, 2010.

JACOB FILHO, W.; GORZONI, M. L. **Geriatría e Gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008.

LIMA, T. C. **Prática Assistencial de Enfermagem à Vítima de Trauma com Fraturas de Membros no Atendimento Pré-hospitalar Fundamentada em Wanda de Aguiar Horta**. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2011

LINO, F. S. et al. Assistência ao idoso pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, 3(1):25-31, jan-mar, 2014.

MACIEL, S. S. S. V. ... [et al.]. 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.

MAIA, B. C. ... [et al.]. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):381-393.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012 jul/sep;14(3): 550-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a11.htm>.

MESCHIAL, W. C. et al. **Quedas Ocorridas com Idosos Atendidos por Serviços de Atendimento Pré-hospitalar**. Anais do XIX EAIC – 28 a 30 de outubro de 2010, UNICENTRO, Guarapuava –PR.

MESQUITA, G. V. et al. Morbimortalidade em Idosos por Fratura Proximal do Fêmur. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 67-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a08.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

MIRANDA, R. V. et al. Quedas em Idosos: Identificando Fatores de Risco e meios de Prevenção. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG-V.3-N.1-Jul./Ago. 2010..

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(3):719-24. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. O Cuidador do Idoso e sua Compreensão sobre a Prevenção e o Tratamento Cirúrgico das Fraturas de Fêmur. **Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 10, p. 105-121, 2006.**

MORAES, E. N. et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(1): 67-73.

MUNIZ, C. F. et al. Caracterização dos Idosos com Fratura de Fêmur Proximal Atendidos em Hospital Escola Público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007.

NETO, J.A.C et al. Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1097-1104, 2018.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta de Sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm.. USP** 2012; 46(2):320-7.

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

ROACH, S. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, R. A. P. ... [et al.]. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 536-45..

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):147-157.

SCHNEIDER, A. R. S. **Envelhecimento e quedas: a fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso**. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 296-303, maio/ago. 2010.

SILVA, T. M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 64 - 78, 2007.

SILVA, H. C. et al. **Atendimento Pré-hospitalar de Enfermagem ao Idoso Vítima de Trauma**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

SOUSA, S. P. O.; BRANCA, S. B. P. **Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009**. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(3):188-190.

SMITH, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, e2754, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0104-1169201700100318&lng=em&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-1169201700100318&lng=em&nrm=iso). Acessado em 12 de maio de 2019.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. 2009;43(3):548-54.

VIEIRA, Luna S. et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, p. -, 2018.

**ANEXO****A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Ofício S/N

À: Ilmo(a) Sr(a). Secretário de Saúde(a)

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de pesquisa.

Cumprimentamos V. Sra. ao tempo em que solicitamos receber o aluna Maria Rosiane Alves dos Santos, acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio - FALS, para realização de coleta de dados necessários ao seu projeto de TCC intitulado: “Consequências de Quedas entre Idosos, Circunscritos em uma Unidade Básica de Saúde, no Município de Brejo Santo-Ce ”, orientado pelo Professor Esp. Tonny Emanuel Fernandes Macêdo.

O estudo tem por objetivo: averiguar os principais tipos de acidentes domésticos e suas implicações para os idosos; conhecer os principais fatores predisponentes a quedas no ambiente domiciliar e extradomiciliar; identificar as principais sequelas decorrentes de quedas entre os idosos participantes do estudo, e com isso, analisar as consequências de quedas em idosos, circunscritos em uma unidade básica de saúde, do município de Brejo Santo-Ce. A pesquisa será realizada através de uma entrevista semi-estruturada que será aplicada aos idosos que foram vítimas de quedas.

Atenciosamente

---

Erine Dantas Bezerra

**Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem**

## B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Maria Rosiane Alves dos Santos, sob orientação do Prof. Esp. Tonny Emanuel Fernandes Macêdo, RG 2002029052790, da Faculdade Leão Sampaio – FALS está realizando a pesquisa intitulada: “Consequências de Quedas entre Idosos, Circunscritos em uma Unidade Básica de Saúde, no Município de Brejo Santo-Ce”. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: contato com a Unidade Básica de Saúde por meio da Coordenação da Equipe de Enfermagem para apresentar o trabalho, pedindo a devida autorização; envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos (idosos) através da pesquisadora; e aplicação, pela pesquisadora participante, do instrumento de coleta àqueles que assinarem o termo; organização e análise dos dados; construção do relatório da pesquisa e divulgação dos resultados em meio científico.

Por essa razão, o (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada, contendo aspectos referentes à qualidade de vida do idoso após ser vítima de queda. O instrumento utilizado não causará nenhum tipo de constrangimento aos sujeitos do estudo. Os benefícios esperados com o estudo são para que se possa despertar a percepção do enfermeiro sobre a necessidade de uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes idosos vítimas de quedas. Com isso, o estudo ainda irá contribuir para a avaliação das consequências de quedas em indivíduos da terceira idade, como também, divulgar novos dados a respeito do tema em discussão, servir de documento formal capaz de fundamentar a criação de medidas e estratégias voltadas para a resolução ou minimização do problema apresentado pelo estudo.

Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas discussões dos resultados e nem quando forem apresentados. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Maria Rosiane Alves dos Santos e Tonny Emanuel Fernandes Macêdo, Faculdade Leão Sampaio, Departamento de Enfermagem, localizada à Avenida Leão Sampaio, Km 8, Lagoa Seca, CEP 63.180-000, (88) 2101.1050, Juazeiro do Norte-Ce, em horário comercial. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Faculdade Leão Sampaio, localizado à Avenida Leão Sampaio, Km 8, Lagoa Seca, CEP 63.180-000, (88)

2101.1050, Juazeiro do Norte-CE. Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Juazeiro do Norte-Ce, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

## C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte-Ce, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

**Assinatura do participante**

Impressão dactiloscópica



---

**Assinatura da Pesquisadora**

## APÊNDICE

### A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### ➤ Perfil Socioeconômico

1. Nome:

2. Idade:

3. Sexo:

4. Escolaridade:

5. Religião:

5. Renda Familiar (opcional):

#### ➤ Temática Abordada

- Você já sofreu algum tipo de queda? Qual? Por acidente doméstico ou extra-doméstico?

---

---

---

- Houve alguma consequência relacionado a queda? Que tipo?

---

---

---

- Qual foi o motivo da queda?

---

---

---

- Existe e/ou ficou alguma sequela? Qual tipo?

---

---

---

- Fez ou está fazendo algum tipo de tratamento? Se SIM, Qual?

---

---

---

