

Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul¹

Falls among the aged in two emergency care units in Rio Grande do Sul

Las caídas de los ancianos en dos unidades de atención de emergencia de Rio Grande do Sul

Clariana Vitória Ramos^I, Silvana Sidney Costa Santos^{II}, Edison Luiz Devos Barlem^{III}, Marlene Teda Pelzer^{IV}

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os principais fatores causadores de quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento, no Rio Grande do Sul. Pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, descritiva, com 39 idosos, aos quais se aplicou entrevista para verificar perfil, questões relacionadas à saúde, condições da moradia relacionada a queda vivenciada, no período de dezembro de 2009 a abril de 2010. Utilizou-se o *software* estatístico SPSS para realização de análises descritivas. Verificou-se que 22 (56,4%) eram mulheres, 19 (48,7%) tinham de 70-79 anos, 27 (69,2) caíram nos últimos 12 meses, 15 (38,5%) caíram mais de 2 vezes no último ano. Quanto as residências dos idosos em: 37 (94,9%) os móveis são pontiagudos, 35 (89,7%) tinham degraus, 27 (69,2%) apresentavam tapetes soltos, 20 (51,3%) tinham piso escorregadio, 12 (30,8%) possuíam escadas sem corrimões. Espera-se sensibilizar os profissionais da área da saúde/população para a ameaça das quedas em idosos.

Descritores: Idoso; Acidentes por quedas; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the main factors causing falls among the aged in two emergency care units in Rio Grande do Sul. Quantitative research, survey study, descriptive, with 39 aged, which was applied to verify profile interview, questions related to health, housing conditions related to the fall experienced in the period December 2009 to April 2010. Used the SPSS software to perform descriptive analysis. It was found that 22 (56.4%) were women, 19 (48.7%) were between 70-79 years, 27 (69.2) fell in the last 12 months, 15 (38.5%) fell more than 2 times last year. As the homes of aged: 37 (94.9%) furniture are sharp, 35 (89.7%) had degrees, 27 (69.2%) had loose rugs, 20 (51.3%) were slippery, 12 (30.8%) had stairs without handrails. It is hoped to raise awareness among professionals in the health/population to the threat of falls in older adults.

Descriptors: Aged; Accidental Falls; Emergency Service Hospital; Nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar los principales factores de las caídas en los ancianos de dos unidades de atención de emergencia en Río Grande do Sul. Investigación cuantitativa, estudio exploratorio, descriptivo, con 39 ancianos, que se aplicó la entrevista para verificar el perfil, las preguntas relacionados con la salud, condiciones de vivienda relacionados con la caída experimentada en el período diciembre 2009-abril 2010. Se utilizó el *software* SPSS para realizar el análisis descriptivo. Se encontró que 22 (56,4%) eran mujeres, 19 (48,7%) tenían entre 70-79 años, 27 (69,2) se redujo en los últimos 12 meses, 15 (38,5%) se redujo más de 2 veces el año pasado. Como las casas de los ancianos: 37 (94,9%) muebles son agudos, 35 (89,7%) tenían grados, 27 (69,2%) tenían alfombras sueltas, 20 (51,3%) eran resbalosas, 12 (30,8%) tenían escaleras sin pasamanos. Se espera crear conciencia entre los profesionales de la salud y la población a la amenaza de las caídas en los ancianos.

Descriptores: Anciano; Accidentes por Caídas; Servicio de Urgencia em Hospital; Enfermería.

¹ Resultado de pesquisa de iniciação científica Probic/CNPq/FURG.

^I Enfermeira, Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: claryvitoria@hotmail.com.

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto III, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: silvanasidney@terra.com.br.

^{III} Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem, nível Doutorado, FURG. Professor Assistente, Escola de Enfermagem, FURG. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Associado, Escola de Enfermagem, FURG. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: pmarleneteda@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa brasileira é um fato relevante e que requer atenção. O Rio Grande do Sul destaca-se como segundo Estado do Brasil com expressivo percentual de idosos (13,5%). Esse crescimento acompanha as modificações demográficas que estão ocorrendo no cenário mundial desde a década de 50 e especificamente no Brasil, em termos relativos, o grupo de pessoas com 60 anos e mais foi o que apresentou maior crescimento desde a década de 60⁽¹⁾.

A expectativa de vida da população brasileira passou de 71,3 anos em 2003 para 72,3 anos em 2006. A proporção de idosos aumentou de 8,8% para 11,1% entre 1998 e 2008, sendo essa mudança uma realidade tanto no cenário nacional quanto internacional⁽¹⁾.

Com o crescimento populacional de idosos, aumenta também a ocorrência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), surgindo a necessidade da adequação dos serviços de saúde, incluindo a capacitação dos trabalhadores para o atendimento desta nova demanda, principalmente aqueles idosos vítimas de quedas⁽²⁾.

A queda é um evento de causa multifatorial constituído por elementos causais classificados como intrínsecos (ligados a processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento) ou extrínsecos (ligados ao meio ambiente e contexto) e que resultem em deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição adotada inicialmente, acrescida a incapacidade de correção postural em tempo hábil⁽³⁾.

Entre os agravos que têm contribuído para piorar as condições de saúde/doença dos idosos destacam-se as quedas, pois constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com 60 anos e mais. Esses acidentes também são reconhecidos como um importante problema de saúde pública, devido à frequência, morbidade e elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas entre os idosos⁽³⁾.

As quedas apresentam-se como um acontecimento brusco, identificando-se a diminuição na capacidade funcional do idoso e representando o decréscimo da qualidade de vida. Pode implicar, ainda, em dificuldades de saúde, maior dependência e baixa da auto-estima, além de, muitas vezes tornar-se motivo para hospitalizações e apresentar dispendiosa recuperação das capacidades locomotoras, na maioria dos casos. Esses acidentes podem tornar-se também motivos para a institucionalização do idoso e são causados por fatores intrínsecos e extrínsecos⁽³⁾.

As causas intrínsecas são decorrentes de processos fisiológicos ou patológicos do próprio envelhecimento, correspondentes à tendência de lentidão dos mecanismos corporais centrais importantes para os reflexos posturais. Podem estar associadas a doenças específicas: ligadas a perda de consciência; Doença de Parkinson, pelos distúrbios da marcha, postura e do equilíbrio; demências, distúrbios de percepção ambiental; ataques de quedas, os chamados *drop attacks*, caracterizados por ataques súbitos de quedas sem perda da consciência⁽²⁾.

As causas extrínsecas são aquelas geralmente representadas pelos fatores ambientais incluídos nas quedas e que comumente envolvem situações cotidianas⁽²⁾. Dessa forma, o ambiente relacionado aos objetos e as pessoas pode representar fator de risco para o ser humano que ali vive. Para o idoso, a questão da acessibilidade é algo vital, corroborando com isto, destaca-se o ambiente seguro, principalmente dentro do domicílio, ou das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), caso a pessoa idosa seja institucionalizada, possibilitando ao ser humano idoso uma vivência com independência, autonomia e dignidade.

Os profissionais de saúde, neles incluídos os enfermeiros, precisam conhecer os fatores causadores das quedas nos idosos. Necessitam ainda procurar fontes diferenciadas de conhecimento. Eles precisam ter como princípio de que o profissional enfermeiro é o orientador essencial para a promoção do cuidado do idoso. Os trabalhadores que cuidam de idosos precisam estar presentes e mostrar capacidades para realização do cuidado específico dos idosos.

O enfermeiro, especificamente, necessita ter conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e as características que indiquem o declínio da capacidade funcional para a orientação na realização das atividades de vida diária. Essas orientações visam à independência, estabelecimento de um parâmetro de normalidade, da amplitude de movimentos e também de funções orgânicas. Pode-se ainda determinar o grau de abrangência na avaliação física do idoso, com o intuito de prevenir e minimizar a ocorrência das quedas⁽⁴⁾.

Foi verificado, em serviços de emergência dos EUA, que as quedas são eventos frequentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65. A lesão acidental é a sexta causa de mortalidade em pessoas de 75 anos e mais⁽⁵⁾, naquele país.

Como justificativa desta pesquisa, ressalta-se a necessidade de conhecer a situação de quedas em idosos atendidos em dois serviços de pronto atendimento. Essa necessidade emergiu a partir da identificação oriunda dos estudos que vêm sendo desenvolvidos pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), desde 2005, tendo como tema a avaliação multidimensional do idoso⁽⁶⁾.

Assim, apresenta-se como questão de pesquisa a pergunta: quais os principais fatores causadores de quedas em idosos acolhidos em dois serviços de pronto atendimento? e como objetivo do estudo: identificar os principais fatores causadores de quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, de natureza descritiva. Uma pesquisa quantitativa envolve coleta e análise de informações numéricas utilizando-se de processos estatísticos⁽⁷⁾. O estudo do tipo *survey* envolve a coleta e quantificação dos dados, que procuram compreender o comportamento de uma população⁽⁸⁾.

Esse estudo ocorreu nos serviços de pronto atendimento de dois hospitais escolhidos por conveniência em virtude de situarem-se no município sede desta pesquisa, localizados em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. O primeiro denominado de Hospital A e o segundo de Hospital B.

O Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital A atende urgência e emergência, contando com 42 leitos situados no andar térreo, três consultórios, uma sala de urgência, uma sala de curativos, um posto de enfermagem, um expurgo e uma sala de armazenamento de materiais. A equipe, que trabalha seis horas por dia, é composta por uma enfermeira, cinco técnicos de enfermagem, um médico clínico e um pediatra.

O Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital B é uma unidade de referência no atendimento de urgência e emergência em traumatologia, neurologia e sistema vascular. A unidade situa-se no andar térreo estando constituída por três consultórios (clínico, cirúrgico e pediátrico), uma sala de urgência, uma sala de curativo, duas salas de observação diferenciadas (masculino e feminino), um posto de enfermagem, uma sala de administração de medicamentos e soroterapia,

uma sala de realização de eletrocardiograma, todas devidamente equipadas para atender as necessidades dos clientes. A equipe, realiza turno de trabalho diário de seis horas, sendo constituída por três médicos (um clínico geral, um cirurgião e um pediatra), dois enfermeiros e seis técnicos de enfermagem.

Os sujeitos do estudo foram pessoas idosas, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: clientes atendidos nos serviços de prontos atendimentos dos dois hospitais investigados; com 60 anos e mais de idade; diagnóstico médico de quedas; condições e/ou seu familiar/cuidador de responder aos questionamentos do pesquisador; concordância em participar da pesquisa, por meio da assinatura ou colocação de impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto às questões éticas foi solicitada, aos hospitais A e B, as autorizações para realização da pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética local sob parecer número 104/2009.

Utilizou-se um instrumento de dados construído pelas autoras, versando sobre: sexo, idade, presença de DCNT ou sequelas decorrentes, utilização de medicamentos, episódios de quedas anteriores, presença de *déficits* sensoriais (visão, audição), comprometimento dos membros inferiores (MMSS) e membros superiores (MMII); condição da marcha, local do episódio de quedas, descrição da queda. Foi realizado estudo piloto, em um serviço de pronto atendimento de uma cidade vizinha, com quatro idosos. Não houve alterações no instrumento utilizado, após o estudo piloto.

A coleta dos dados ocorreu de dezembro de 2009 a abril de 2010, para que se pudesse incluir o máximo de sujeitos, quanto possível. Foram vítimas de acidentes por quedas e incluídos na pesquisa 39 idosos que se encontravam hospitalizados por quedas, no período de coleta dos dados.

Para realização das análises descritivas, os dados foram digitados no programa *excel*, quando foi elaborado um inventário dos mesmos. Posteriormente, foi utilizado o software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0 para análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores intrínsecos às quedas relacionados ao perfil dos idosos

De acordo com a Tabela 1, entre os 39 idosos entrevistados, constatou-se que 17 (43,6%) eram homens e 22 (56,4%) mulheres. Já é fato que as

mulheres apresentam maior longevidade do que os homens, levando-as a períodos mais prolongados de DCNT, além de outros fatores, incluindo a baixa renda, perda do companheiro e solidão. As quedas ocorrem

mais em mulheres e as causas para explicar a maior frequência no sexo feminino ainda é pouco esclarecida e controversa.

Tabela 1: Perfil dos idosos que internaram por quedas em dois SPAs, Rio Grande do Sul, 2010 (n=39).

Perfil dos idosos				
Sexo		Idade		
Masculino	Feminino	60-69	70-79	80 e mais
17 (43,6%)	22(56,4%)	14 (35,9%)	19(48,7%)	6(15,4%)
Situação conjugal				
Casado	Viúvo	Separado	Solteiro	
10 (25,6%)	17 (43,6%)	8 (20,5%)	4 (10,3%)	
Escolaridade				
Não sabe ler e nem escrever				0 (0%)
Ler e escreve o próprio nome				3 (7,7%)
Sabe ler e escrever				5 (12,8%)
Frequentou a escola por: um ano				3 (7,7%)
Frequentou a escola por: dois anos				9 (23,1%)
Frequentou a escola por: três anos				8 (20,5%)
Frequentou a escola por: quatro anos				7 (17,9%)
Tem o ensino fundamental: da 1ª a 8ª série completa				1 (2,6%)
Tem o ensino fundamental: da 1ª a 8ª série incompleta				1 (2,6%)
Tem ensino médio: 1ª a 3ª série completa				2 (5,1%)
Tem ensino médio: 1ª a 3ª série incompleta				0 (0%)

Parece haver relação da prevalência com DCNT, maior exposição às atividades domésticas, declínio precoce da força muscular, entre outros. Sugerindo, portanto, maior importância dos cuidados de saúde com a mulher idosa⁽⁹⁾.

Quanto à faixa etária, predominou de 70 a 79 anos, com 19 (48,7%) idosos. Existe uma predisposição maior de quedas em idosos dessa faixa etária, podendo representar até 47,4% de pessoas com 60 anos e mais de uma determinada população⁽¹⁰⁾. As pessoas idosas podem debilitar-se devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limita as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência da realização do autocuidado, o que pode gerar perda da autonomia e da qualidade de vida⁽³⁾.

A situação conjugal mais identificada foi à viuvez com 17(43,6%). Alguns idosos podem tornar-se mais suscetíveis as quedas pelo fato de não ter mais o companheirismo e cooperação mútua, comum entre os casais nos cuidados a saúde⁽¹¹⁾. Sobre a escolaridade, nove (23,1%) idosos entrevistados frequentaram a escola por três anos. Esses indicadores mostram o elevado número de idosos com baixa escolaridade na realidade brasileira. A baixa escolaridade juntamente com outras alterações próprias do processo de envelhecimento pode trazer implicações no cuidado de enfermagem. Nas atividades de educação em saúde

essas limitações necessitam ser consideradas, por interferirem de forma significativa na compreensão e seguimento de orientações direcionadas ao idoso⁽³⁾.

Fatores intrínsecos às quedas relacionados à saúde dos idosos

Dentre os 39 idosos entrevistados, 23 (59,0%) declararam-se sedentários, ou seja, foram idosos que referiram ausência de atividade física sistemática e de participação em grupos de lazer. O sedentarismo pode ser um indicativo de fator predisponente para quedas. O envelhecimento pode trazer perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando a possibilidade de quedas e uma das formas de minimizar essas limitações, decorrente do envelhecimento, pode ser a prática de atividades físicas, que contribui na diminuição de fatores que predisõem à quedas⁽²⁾.

Tabela 2: Sedentarismo e presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis nos idosos que internaram por quedas em dois SPAs, Rio Grande do Sul, 2010

Sedentarismo		DCNT	
Não	Sim	Não	Sim
16 (41,0%)	23 (59,0%)	6 (15,4%)	33 (84,6%)
Pratica Caminhada	14 (35,9%)	Hipertensão	23 (59,0)
Outra atividade	2 (5,1%)	Diabetes	9 (23,1%)
		Cardiopatas	7 (17,9%)
		Sequela de AVC	2 (5,1%)
		Osteoporose	6 (15,4%)
		Artrose	5 (12,8%)
		Outras DCNT's	1 (2,6%)

A atividade física desempenha uma ação benéfica nas condições de saúde do idoso e pode contribuir para uma menor incidência de quedas nessa população, minimizando os declínios do envelhecimento, pois o sedentarismo contribui para abreviar as perdas funcionais do idoso⁽¹²⁾.

As DCNTs foram verificadas em prontuários de 33 (84,6%) dos idosos pesquisados, destacando-se a hipertensão arterial em 23 (59,0%) deles. A hipertensão arterial esteve presente em 58,9% dos idosos⁽¹⁰⁾. A

hipertensão arterial sistêmica pode manifestar-se entre os idosos e sua prevalência vem aumentando significativamente com o envelhecimento, o que consiste em um predisponente para acidente vascular cerebral, outro fator associado ao risco quedas⁽¹⁰⁾.

Em segundo lugar verificou-se o diabetes, identificado em nove (23,1%) pessoas idosas. Essa DCNT pode ocasionar alterações agudas no organismo do idoso, como a hiper ou hipoglicemia, que podem resultar em possibilidade de aumento no número de quedas⁽³⁾.

Tabela 3: Uso de medicações, problemas de visão e audição nos idosos que internaram por quedas em dois SPAs, Rio Grande do Sul, 2010.

Medicações		Problemas de visão	
		Não	Sim
Não faz uso	9 (23,1%)	12 (30,8%)	27 (69,2%)
Usa de 1 a 2 medicações	6 (15,4%)	Uso de óculos	
De 3 a 4	22 (56,4%)	10 (25,6%)	29 (74,4%)
5 ou mais	2 (5,1%)	Última consulta Oftalmologista	
Tranquilizante/ Sedativo	2 (5,1%)	3 a 6 meses	4 (10,3%)
Diurético	9 (23,1%)	+ de 6 até 12 meses	10 (25,6%)
Anti-hipertensivo	19 (48,7%)	+ de 12 meses	25 (64,1%)
Anti-depressivo	11 (28,2%)	Problemas de Audição	
Outras medicações	32 (82,1%)	28 (71,8%)	11 (28,2%)
		Uso de aparelho auditivo	
		8 (20,5%)	3 (7,7%)
		Aparelho funciona	
		2 (5,1%)	1 (2,6%)

Dos 39 idosos investigados, em 22 (56,4%) deles foi verificado o uso de três a quatro medicações por dia. O uso de medicações também pode ser considerado como causa intrínseca de queda, principalmente quando tende a polifarmácia, que é o uso concomitante de mais de quatro medicamentos por dia⁽⁴⁾. Medicações como anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos, psicotrópicos, anti-inflamatórios não-esteróides, analgésicos, digitálicos,

tópica ocular e antiparkinsonianos foram identificadas como as medicações que mais comumente podem levar ao aumento de risco de quedas⁽¹³⁾.

As alterações no processo de envelhecimento podem comprometer as ações de alguns medicamentos e podem trazer consequências aditivas e tornar-se fator desencadeante para a queda. Muitas vezes a medicação utilizada é abusiva e desnecessária, causando efeitos

adversos, pelo mecanismo de interação medicamentosa que pode levar até a morte⁽¹³⁾.

Quanto ao *déficit* visual, 27 (69,2%) idosos entrevistados relataram algum problema de visão, 29 (74,4%) fazem uso de óculos e 25 (64,1%) realizaram consulta oftalmológica há mais de 12 meses. O *déficit* visual pode trazer alteração na independência funcional do idoso, ocasionando redução na vida social, na qualidade de vida e muitas vezes ocasionando depressão e quedas⁽¹⁴⁾.

A diminuição da visão pode levar a precariedade do controle do equilíbrio, assim contribuindo ativamente para as quedas recorrentes. A visão se faz importante não somente para a captação de informações sobre o meio a nossa volta, mas também para conduzir os movimentos do corpo⁽¹⁴⁾. Quanto maior a perda visual maior o risco de quedas e suas consequências⁽⁹⁾.

Várias alterações fisiológicas relacionadas ao processo de envelhecimento podem afetar o desempenho visual e levar ao risco de quedas. Problemas na acuidade visual, diminuição no campo visual, aumento da suscetibilidade à luz, percepção de profundidade deficiente ou instabilidade na fixação do olhar, contribuem em adicionais para a perda do equilíbrio. A visão é um órgão sensorial que carrega

informações essenciais para o mecanismo de controle postural⁽¹⁰⁾.

Em relação a problemas auditivos 11 (28,2%) idosos relataram alguma queixa e três (7,7%) utilizavam aparelhos auditivos, desses, um (2,6%) afirmou que o aparelho estava em bom funcionamento. Os problemas na sensibilidade auditiva podem levar ao aparecimento de vertigens, dificultando a manutenção do controle postural, principalmente em movimentos bruscos e alterações na direção, levando, a ocorrência de quedas⁽¹⁰⁾.

O envelhecimento pode ser acompanhado de perda da audição em quase todas as frequências e redução da habilidade para detectar ruídos de fundo e assim, sons ambientais, como a aproximação de um veículo, carrinhos, cadeiras de roda, entre outros, podem não ser percebidos a tempo⁽³⁾. Situações que podem contribuir para a ocorrência de acidentes por quedas em idosos.

Foi verificado que a diminuição da acuidade visual e auditiva aumenta o risco de quedas, em estudo com 54 idosos, onde 12 (22,2%) deles necessitavam usar óculos ou aparelho auditivo, oito deles não usavam, indicando que a falta de correção nos órgãos do sentido pode ter influenciado no acidente por quedas⁽¹⁵⁾.

Tabela 4: Comprometimento dos membros inferiores e superiores, marcha e episódios de quedas, nos idosos que internaram por quedas em dois SPAs, Rio Grande do Sul, 2010.

Comprometimento dos membros			
Inferiores	15 (38,5%)	Superiores	9 (23,1%)
Marcha			
Normal			6 (15,4%)
Seguro sem ajuda de equipamento			14 (35,9%)
Seguro com ajuda de equipamento			13 (33,3%)
Inseguro com ou sem equipamento			5 (12,8%)
Não caminha			1 (2,6%)
Quedas Anteriores			
Não 12 (30,8%)		Sim 27 (69,2%)	
Contou para alguém		Número de vezes	
Sim 36 (92,3%)		Uma vez	11 (28,2%)
Por que não contou		Duas vezes	15 (38,5%)
Achou desnecessário	2 (5,1%)	Três vezes	11 (28,2%)
Sentiu-se envergonhado	1 (2,6%)	Cinco vezes	2 (5,1%)

Verificou-se que 15 (38,5%) idosos apresentavam algum comprometimento dos membros inferiores e nove (23,1%) deles, nos membros superiores. As limitações nos membros inferiores tendem a restringir mais os idosos.

Muitas vezes os idosos que apresentam algum comprometimento tornam-se mais dependentes à realização das atividades de vida diária e aumento da

demanda de cuidados de familiares ou cuidadores que podem não estar preparados para tal. Muitas vezes o idoso também pode negar suas limitações, insistindo em realizar suas atividades sem ajuda, talvez para mostrar independência. Quando o idoso torna-se dependente ele e a família precisam de condições para manter os cuidados necessários em recuperar, manter e promover sua saúde⁽¹⁶⁾.

Dos 39 idosos investigados, 14(35,9%) manifestaram ter a marcha segura e não utilizam ajuda de equipamento, 13 (33,3%) deles afirmaram ter a marcha segura, porém, necessitam da ajuda de equipamento.

A marcha em idosos tem sido investigada com crescente interesse dada a importância que a manutenção da mobilidade representa para este grupo de indivíduos, em termos de autonomia e qualidade de vida. Ela pode ser afetada com o processo de envelhecimento e as disfunções do aparelho locomotor e do sistema sensorial podem estar presentes e contribuir para instabilidade e ocorrência de quedas nessa população. Muitas vezes os idosos adotam mecanismos compensatórios para manter a postura adequada e uma marcha funcional, como: alargamento da base de suporte, diminuição do comprimento e altura do passo e a redução da velocidade da marcha. Adotando essas estratégias o idoso fica mais susceptível a tropeçar e a cair⁽¹⁷⁾.

Dentre os idosos entrevistados, 27(69,2%) apresentaram quedas nos últimos 12 meses e desses, 15 (38,5%) já havia caído duas vezes, no último ano. A incidência do referido evento em idosos há muito tempo já é aceita como uma consequência natural do processo de envelhecimento. Tal concepção centra-se no fato de que pelo menos 30% da população de idosos brasileiros

têm anualmente, pelo menos um episódio de queda e esses que caíram terão um episódio recorrente em menos de seis meses⁽¹⁷⁾.

Dos idosos que caíram, 36 (92,3%) contaram para alguém sobre o acidente sofrido, dois (5,1%) acharam desnecessário e um (2,6%) sentiu-se envergonhado. Para muitos idosos, a velhice é percebida como uma etapa dolorosa da vida, sem esperança e assinalada por doenças, dependência e perdas⁽¹⁰⁾.

Muitos idosos sentem-se um estorvo para a família e acabam não contando fatos importantes ocorridos em sua vida, às pessoas que os cuidam, para não dar trabalho, para não preocupá-los ou até mesmo por negar suas fragilidades. Pois, um idoso dependente vai alterar a rotina da família, e pode apresentar dificuldade em suas relações sociais com as pessoas que o cercam⁽¹⁸⁾.

Fatores extrínsecos às quedas nos idosos relacionadas à moradia

Dos 39 idosos entrevistados, 13 (33,3%) moram com filhos. Verificou-se em estudo realizado com idosos e quedas, que 28,5% tinham caído mais de uma vez e não tinham vida conjugal; subindo para 32,5% em relação aos idosos sem vida conjugal e que moravam só; e para 39,0%, em idosos sem vida conjugal, que moram em domicílios de uma geração⁽¹⁰⁾.

Tabela 5: Questões relacionadas à moradia, nos idosos que internaram por quedas em dois SPAs, Rio Grande do Sul, 2010.

Com quem mora		Como se apresenta a Moradia	
Companheiro	8 (20,5%)	Possui escada	12 (30,8%)
Filho	13 (33,3%)	Possui corrimão	20 (51,3%)
Outro familiar	6 (15,4%)	Possui iluminação adequada	12 (30,8%)
Sozinho	8 (20,5%)	Possui degrau	35 (89,7%)
ILPI	4 (10,3%)	Possui tapete	27 (69,2%)
		Possui móveis pontiagudos	37 (94,9%)
		Possui piso escorregadio	20 (51,3%)

Os idosos sem vida conjugal, que moram sozinhos ou com outra pessoa com mais necessidade do que ele e que precisavam desempenhar muitas tarefas, mais a instabilidade funcional, tendem a ter maior risco de sofrer quedas⁽¹⁸⁾.

Constatou-se quanto à moradia que 37(94,9%) dos idosos que caíram tinham móveis pontiagudos em casa, as residências de 35(89,7%) idosos tinham degraus, 27(69,2%) pessoas idosas referiram possuir tapetes soltos, 20(51,3%) deles afirmaram que suas casas tinham piso escorregadio, 12(30,8%) dos idosos investigados tinham escada em suas residências.

Acrescente-se que a localidade onde essa pesquisa foi realizada, seus habitantes têm ascendência portuguesa e o uso de tapetes soltos é muito frequente na decoração das residências.

O idoso permanece um maior tempo em seu domicílio, em um ambiente que pode trazer segurança e intimidade, mas é nesse lugar onde podem estar os maiores risco para quedas. As quedas se destacam entre os acidentes domésticos em 70% dos idosos domiciliados⁽¹⁶⁾.

O meio onde o idoso está inserido pode tornar-se um importante predisponente quando esse ambiente

encontra-se inseguro. Por isso, há necessidade de cuidar-se da segurança ambiental, principalmente quando o idoso apresenta instabilidade postural⁽¹⁹⁾.

Em estudo anterior com 50 idosos vítimas de quedas, verificou-se que 66% caíram em suas casas e 54% manifestaram que seu ambiente físico é inadequado para sua idade. As quedas ocorrem em atividades costumeiras, em eventos ocasionais, onde o ambiente torna-se perigoso proporcionalmente à vulnerabilidade do idoso⁽⁴⁾.

Chama a atenção a precariedade das residências dos idosos, muitas vezes não oferecendo condições indispensáveis para a sua segurança onde 70,6% apresentam piso escorregadio, 55,9% têm degraus na soleira da porta, 35,3% têm tapetes soltos, 35,3% escadas sem corrimão, 32,4% iluminação deficiente, entre outras questões que levam a risco de quedas⁽¹⁸⁾.

Os fatores que se mostram riscos ambientais impedem o idoso de levar uma vida social ativa e independente, podendo trazer dificuldade para a realização de suas atividades de vida diária, não somente no ambiente do domicílio, mas também no ambiente externo.

Verificam-se desrespeito e descaso dos governos e da sociedade civil, que não estão preparados para as questões relacionadas ao envelhecimento populacional brasileiro e não refletem sobre tal fato. Isso pode ser verificado na construção de calçamentos irregulares, presença de degraus, ausência de corrimão nas escadas e rampas, semáforos com tempo inadequado para a travessia, entre outros dispositivos que se fossem adequados facilitariam a vida do idoso respeitando suas limitações⁽¹⁶⁾.

Arquitetos, engenheiros, designers, devem atentar para o fato natural do processo de envelhecimento durante a construção de seus projetos, visando a aumentar a habilidade funcional dos idosos em suas atividades de lazer, trabalho, autocuidado mantendo-os em convívio com a sociedade⁽¹⁹⁾.

Uma ideia importante diz respeito à acessibilidade, que leva em conta a transformação do ambiente e também as mudanças de comportamento da sociedade, promovendo a utilização correta dos espaços, atendendo diferentes indivíduos com diferentes necessidades. Como também ao *design* universal que é considerado um movimento mundial objetivando que todos tenham acesso a produtos e ambientes, devendo ser mantido na construção de espaços, otimizando sua utilização, em

que a concepção dos ambientes deve levar em conta a segurança e facilidade de acesso a todos os lugares⁽¹⁹⁾.

Sugestões aos enfermeiros quanto à prevenção das quedas nos idosos

A partir dos resultados tornou-se possível indicar algumas ações que o enfermeiro poderá desenvolver no que se refere aos acidentes por quedas em idosos.

Para a prevenção de quedas, em primeiro lugar, devem ser verificados os fatores de riscos, intrínsecos e extrínsecos. Quanto aos fatores intrínsecos surge a necessidade de se aproximar de tais ocorrências, sendo importante a consulta gerontogeriátrica. Deve-se ainda procurar resolver ou atenuar os problemas de saúde que estão na origem das quedas. Para os fatores extrínsecos, a medida mais adequada centra-se em promover as modificações necessárias para adaptação do ambiente de convívio do idoso às alterações do processo de envelhecimento⁽⁵⁾.

Por meio das observações das condições de saúde dos idosos é que se verifica a necessidade de avaliação/reavaliação por parte da equipe interdisciplinar especializada na área de geriatria e gerontologia, para a promoção de saúde, prevenção de quedas e reabilitação.

A prevenção para a queda ocorrerá de melhor forma, se o enfermeiro desenvolver junto com os próprios idosos programas de atenção à saúde que visem à melhoria de suas capacidades motoras e dos aspectos psicossociais⁽¹⁰⁾.

A queda deve ser resgatada como um evento real na vida dos idosos e enfatizar-se o perigo de suas consequências. Portanto, a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. Assim, o enfermeiro deve realizar uma história bem detalhada, direcionada às causas da queda. Dar destaque se é a primeira queda ou não para direcionar a avaliação. Verificar se as causas foram fatores extrínsecos e/ou intrínsecos fazem-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como, permitirá um melhor entendimento da queda e maior atendimento das necessidades do idoso⁽⁵⁾.

Outra forma de trabalhar a prevenção das quedas pode ocorrer por meio de visitas domiciliares. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) já aborda e estimula esse tipo de assistência. Sendo necessária a capacitação de profissionais de saúde e organização dos serviços para que a atenção ao idoso seja, de fato uma política governamental. Outro aspecto importante é reforçar a importância do autocuidado e alertar a família

ou cuidador para que participem ativamente da prevenção de queda com os idosos⁽⁴⁾.

Também se pode visualizar a prevenção das quedas nos idosos através da prevenção primária, secundária e terciária.

Para a realização da prevenção secundária surge a necessidade de realizar-se uma avaliação para maior risco de queda. Avaliar a mobilidade observando o andar, a firmeza durante a deambulação e a estabilidade no ambiente. *Déficits* sensoriais, como dificuldade de enxergar ou ouvir aumentam o risco de queda⁽⁵⁾.

No ambiente hospitalar ou em instituições de longa permanência, colocar tabuletas com cores fortes (amarelo, azul ou verde) que indiquem cuidados especiais e precauções quanto a alguns locais mais ameaçadores de quedas como: sobre a cama ou nos corredores, colocar luz de chamada bem ao alcance do idoso, manter o leito em posição baixa, avaliar a cognição a mobilidade e os *déficitis* sensoriais e ajudar o idoso quando caminhar até o banheiro⁽⁵⁾.

Na prevenção terciária, ou seja, quando o idoso encontra-se internado em consequência de um acidente por quedas, faz-se necessário orientá-lo, junto ao seu familiar e/ou cuidador, quanto aos fatores causadores das quedas, possíveis consequências. Uma medida importante seria realizar uma visita domiciliar ao idoso, após a hospitalização para checar seus hábitos e questões ambientais.

Quanto ao ambiente/contexto, o enfermeiro deve orientar o idoso e a família, acerca da necessidade de realizar mudanças, seja na casa do idoso ou na instituição que o abriga, a fim de adequá-lo para que se torne mais segura⁽¹⁹⁾:

- a) pisos: planos, de material antiderrapante, nivelado e que proporcione ao idoso segurança ao caminhar;
- b) chão: evitar tapetes soltos pela casa, fios atravessados no caminho, brinquedos ou outros objetos espalhados;
- c) mobília: móveis devem ser colocados em locais que não atrapalhem o caminho do idoso e as quinas devem ser protegidas. Os armários devem ficar em altura de fácil acesso, para que o idoso não precise subir em bancos ou cadeiras, arriscando-se, para alcançar seu interior. A cama deve ter de 45 a 50 cm de altura incluindo o colchão, de modo que a pessoa sentada na beirada,

- consiga apoiar os pés no chão, evitando assim tonteiras ao se levantar;
- d) objetos de uso pessoal do idoso: em local de fácil acesso, de modo que o idoso não precise transpor obstáculos para alcançá-los;
- e) calçados e roupas: os calçados devem ser confortáveis e ter solados antiderrapantes e sem saltos, para evitar desequilíbrio e dificuldade para deambular. As roupas devem ser confortáveis e não devem ser muito compridas arrastando ao chão, pois, o idoso pode tropeçar na barra e se desequilibrar;
- f) escadas e corredores: ter corrimãos para que o idoso possa se apoiar ao deambular. As escadas devem ser revestidas de material antiderrapante e nos corredores deve ter lâmpada no início e no fim, assim como interruptores luminosos que facilitem ao idoso a sua localização, pois alguns idosos podem apresentar redução visual;
- g) iluminação: deve ser adequada, os cômodos devem ter uma boa iluminação, as luzes devem ser claras o suficiente para compensar a limitação da visão e devem também ser livres de reflexos e brilhos;
- h) cadeiras e outros assentos: devem ter uma altura adequada e equipados com apoiadores para braços, auxiliando assim na transferência do idoso;
- i) banheiro: as portas devem ser amplas; os pisos devem ser antiderrapantes mesmo quando úmidos; o vaso sanitário deve ter altura adequada ao idoso e com apoios laterais; os boxes devem ter barras de apoio, para durante o banho o idoso se sentir seguro; não devem existir soleiras com nível acima do piso para evitar riscos de tropeços;
- j) telefone: números de auxílio devem estar visíveis para o uso do idoso em caso de necessidade, se esse tiver autonomia para utilizá-lo;
- k) medicações: devem ficar em locais de fácil acesso, o idoso deve ser orientado quanto aos horários e dose corretos.

O enfermeiro, desse modo, deve adotar medidas que atentem às características e aos fatores de risco para quedas, bem como reduzir ao máximo os fatores de risco de quedas no ambiente de convívio do idoso, seja na sua casa, na ILPI ou no hospital.

Medida importante diz respeito à educação em saúde, com a elaboração de *folders* para distribuição aos idosos internados por quedas, para que eles adaptem melhor seus ambientes e possam prevenir novos eventos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se a relevância do tema, não somente aos profissionais da área da saúde, mas também para a população em geral, que deve estar ciente dos danos que a queda pode trazer à vida dos idosos e pensar de que forma se pode atuar para manter a funcionalidade e independência do idoso, o máximo que se possa.

Um ponto positivo desta pesquisa foi instrumentalizar uma estudante de enfermagem no estágio supervisionado, quando ela teve oportunidade de prestar cuidados a idosos pós quedas, desenvolvendo a educação em saúde com a elaboração de folder, com orientações necessárias para prevenção de novos acidentes. A dificuldade presente no trabalho foi pela pesquisa desenvolver-se em dois hospitais, o que dificultou a coleta de dados.

A escolha da metodologia foi adequada e conduziu para o alcance do objetivo. A análise quantitativa possibilitou uma visualização das variáveis envolvidas nas quedas dos idosos investigados.

Nos resultados verificou-se que 22 (56,4%) idosos eram mulheres; 19 (48,7%) tinham de 70-79 anos; 17 (43,6%) viúvos; nove (23,1%) frequentaram a escola formal por dois anos; 23 (59,0%) eram sedentários; 33 (84,6%) apresentaram DCNT; 23 (59,0%) são hipertensos; 22 (56,4%) faziam uso de 3-4 medicações; 27(69,2%) apresentavam problema de visão; 29 (74,4%) usavam óculos; 24 (64,1%) tinham realizado consulta oftalmológica há mais de 12 meses; 15 (38,5)

tinham comprometimento dos membros inferiores; 14 (35,9%) consideraram sua marcha segura sem ajuda de equipamento; 27 (69,2) já haviam caído nos 12 meses; 15 (38,5%) sofreram quedas mais de duas vezes no último ano; 36 (92,3%) contaram para alguém que havia caído; 13 (33,3%) moram com filhos. Os idosos apresentavam em sua residência: 37 (94,9%) deles móveis pontiagudos; 35 (89,7%) tinham degraus; 27 (69,2%) apresentavam tapetes soltos; 20 (51,3%) referiram piso escorregadio; 12 (30,8%) afirmaram ter escadas sem corrimões; 12 (30,8%) disseram possuir iluminação inadequada.

Como contribuições dessa pesquisa à Enfermagem, destacam-se alusões ao ensino, pesquisa e assistência. No ensino, este estudo poderá sensibilizar os docentes da área da saúde, principalmente os que atuam na Enfermagem Gerontogeriatrica, quanto ao aprofundamento dos conteúdos sobre quedas em pessoas idosas.

Para a pesquisa, espera-se que esses resultados possam contribuir para futuros estudos e que correlações teóricas e práticas possam acontecer, e que possa também despertar os enfermeiros e demais profissionais da saúde para novos estudos que tenham como propósito questões relacionadas às quedas em idosos.

Espera-se contribuir e sensibilizar os profissionais da área da saúde e afins e, a população em geral para perceber o envelhecimento de forma positiva, prestando atenção aos idosos e mantendo-os inseridos na sociedade. Pois, processo de envelhecer é natural para todos e necessita de preparo de forma consciente e saudável. Também, pretende-se despertar tanto os profissionais quanto a população em geral para os perigos das quedas em pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2011 dez 29]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
2. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saúde pública. 2007;41(5):749-56.
3. Caixeta R. Instabilidade Postural e quedas no idoso. In: Hargreaves LH. Geriatria. Brasília; 2006, p. 467-86.
4. Piovesan AC, Pivetta HMF, Peixoto JMB. Fatores que predispõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011;14(1): 75-83.
5. Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura e marcha e quedas. In: Freitas EV, Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 954- 8.
6. Santos SSC, Felicianni AM, Silva BT. Perfil de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. Rev. Rene. 2007;8(3):26-33.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Delineamento para pesquisa em enfermagem. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP, organizadoras. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Babbie E. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
9. Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2007. p.383-93.
10. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Rev Ciênc. Saúde coletiva. 2008;13(4):1209-18.

11. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Curi HP. Prevalência de quedas de idosos asilados do município do Rio Grande, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):938-45.
12. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas em nível de atividade física dos idosos. *Rev. bras. fisioter.* 2007;11(n):437-42.
13. Macedo BG, Pereira LSM, Gomes PF, Silva JP, Castro ANV. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional. Controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatria Gerontologia*. 2008;11(3):419-32.
14. Nascimento FA, Vareschi AP, Alfieri FM. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *Arquiv Catarinenses de Med.* 2008;37(2):
15. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2007 [cited 2011 dez 29];9(1):64-78. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>.
16. Lojudice DC, Laprega MR, Gardezani PM, Vidal P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. *Rev. Bras. Geriatria Gerontologia*. 2008;11(2):320-328.
17. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009 [cited 2011 dez 29];11(1):32-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>.
18. Ribeiro PA, Souza RE, Atie S, et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1265-73.
19. Vidigal MJM, Cassiano JG. Adaptação Ambiental. In: Moraes EM, editor. *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008 p. 125-137.

Artigo recebido em 11.08.2010.

Aprovado para publicação em 08.11.2011.

Artigo publicado em 31.12.2011.