



## SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

## CHARACTERIZATION OF FALLS IN THE ELDERLY

## CARACTERIZAÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

## CARACTERIZACIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

Ana Claudia de Carvalho Lira<sup>1</sup>, Maria de Lourdes de Farias Pontes<sup>2</sup>, Adriana de Azevedo Smith Marques<sup>3</sup>,  
Ronaldo Bezerra de Queiroz<sup>4</sup>, Tatyana Ataíde Melo de Pinho<sup>5</sup>, Antonia Oliveira Silva<sup>6</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** Characterize the falls suffered by elderly. **Methods:** Field research with quantitative approach conducted with 97 elderly experienced falls, admitted to the Health Units in the city of Joao Pessoa, Paraíba. Data collection was conducted from a structured questionnaire in the period April to June 2011. Data were analyzed from a database organized by Excel and imported into SPSS software version 11.5. **Results:** The old study in their elderly suffered from one or two falls, whichever occurred in the driveways. Intrinsic factor was more frequent alteration in the balance; extrinsic: slippery floors, with the consequence of most frequent abrasions. **Conclusions:** This study demonstrates to the need of adopting measures to promote individual and collective conditions of the elderly, such as evaluation in which the elderly live. **Descriptors:** Elderly, Fall, Health Services.

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as quedas sofridas por idosos. **Métodos:** Pesquisa de campo com abordagem quantitativa realizada com 97 idosos que sofreram quedas, atendidos nas Unidades de Saúde, no município de João Pessoa-Paraíba. A coleta foi realizada a partir de um questionário estruturado, no período de abril a junho de 2011. Os dados foram analisados a partir de um banco de dados organizado pelo Excel e importado para o aplicativo SPSS versão 11.5. **Resultados:** Os idosos do estudo em sua maioria sofreram de uma a duas quedas, prevalecendo à ocorrência em calçadas. O fator intrínseco mais presente foi alteração do equilíbrio; extrínsecos: piso escorregadio, com consequência mais frequente as escoriações. **Conclusões:** Este estudo aponta à necessidade da adoção de medidas individuais e coletivas para promover as condições de saúde dos idosos, como avaliação em que o idoso vive. **Descritores:** Idoso, Queda, Serviços de Saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** Para la caracterización de las caídas sufridas por los ancianos. **Métodos:** investigación de campo con un enfoque cuantitativo realizado con 97 ancianos que sufrieron caídas, atendidos en las Unidades de Salud en la ciudad de Joao Pessoa, Paraíba. Los datos fueron recolectados a partir de un cuestionario estructurado en el período de abril a junio de 2011. Los datos fueron analizados a partir de una base de datos organizada por Excel y se importan en el programa SPSS versión 11.5. **Resultados:** El estudio ancianos en su mayoría sufrido de una a dos caídas, ocurrencia prevalente en las aceras. El factor intrínseco es la alteración más presente en el equilibrio; extrínsecos: resbaladizo, con la consecuencia de más frecuentes rasguños. **Conclusiones:** Este estudio apunta a la necesidad de adopción de medidas individuales y conferencias para promover la salud de los ancianos, tales como la evaluación en la que los ancianos viven. **Descritores:** Ancianos, Caída, Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela UFPB. CAISI - Secretaria Municipal de Saúde/João Pessoa-PB. E-mail: clau\_carvalho2009@hotmail.com. <sup>2</sup> Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, USP/Ribeirão Preto. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS/UFPB/CNPq. E-mail: pontesshalom@gmail.com. <sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem pela UFPB. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS/UFPB/CNPq. E-mail: drikasmith@hotmail.com. <sup>4</sup> Médico. Mestre. Pesquisador do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS/UFPB/CNPq. E-mail: gronaldo@hotmail.com. <sup>5</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS/UFPB/CNPq. tataide8@hotmail.com. <sup>6</sup> Enfermeira. Doutora. Líder do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS/UFPB/CNPq. Pesquisadora do CNPq. E-mail: alfaleda@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

Atualmente observa-se uma mudança no perfil demográfico mundial em razão do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade e, segundo a Organização das Nações Unidas - ONU o número de pessoas com mais de 60 anos no mundo passará de 606 milhões em 2000 para 2 bilhões na metade do século XXI. O número de pessoas com mais de 80 anos, ascenderá de 69 milhões para 379 milhões<sup>1</sup>.

No Brasil, o rápido envelhecimento da população preocupa de forma acentuada, não só pela implantação efetiva das políticas públicas específicas como também falta de planejamento nas grandes cidades e a própria população que não tem conhecimento de como viver com mais qualidade de vida.

O envelhecimento humano é um processo de transformação do organismo que se reflete nas suas estruturas físicas, nas manifestações da cognição, bem como na percepção subjetiva dessas transformações. Por isso tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo perceptível até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais ou estruturais atribuídas ao envelhecimento<sup>2,3</sup>.

É ainda um processo natural, contínuo que precisa ser compreendido levando em consideração aspectos biofisiológicos, ambientais, sociais, culturais e econômicos, sendo, desta forma, necessário ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos. Enquanto processo individual o envelhecimento se caracteriza por surgimento de alterações estruturais e funcionais que embora variem de um indivíduo a outro, são encontrados

em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal<sup>4</sup>.

As alterações que acontecem ao longo da vida tornam os indivíduos mais vulneráveis às doenças crônicas-degenerativas, as incapacidades físicas, a diminuição das funcionalidades das atividades de vida diária básicas e instrumentais, a ocorrência de quedas e maiores hospitalizações<sup>5</sup>.

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do Sistema Nervoso Central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parece predispor à queda<sup>6</sup>.

A queda é um tipo de acidente doméstico inesperado não intencional no idoso, em que o corpo do indivíduo passa para um nível mais baixo em relação a sua posição original com a incapacidade de correção em tempo hábil, determinado muitas vezes, por circunstâncias multifatorial que comprometem a estabilidade.

As quedas podem provocar lesões das mais simples até as mais importantes que podem levar o idoso a uma longa e difícil reabilitação, incluindo aspectos psicológicos e tendo como consequências negativas a chamada síndrome pós queda o que gera insegurança e medo/ansiedade diante a possibilidade de uma nova queda<sup>6,7,8,9,10</sup>.

Portanto, o fator queda, representa um impacto negativo na vida das pessoas idosas por causar crescentes lesões, custos de tratamento e morte. As consequências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens, exigindo longo período de internação, tratamento de reabilitação e maior risco de dependência.

As quedas correspondem de 20% a 30% dos ferimentos leves, são causas subjacentes de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de

Lira ACC, Pontes MLF, Queiroz RB *et al.*

emergência, mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. As principais consequências de todas as admissões à hospitais relacionadas a quedas são: fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores e chegam a 40% de todas as mortes relacionadas a ferimentos<sup>11</sup>.

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos: decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos e a fatores extrínsecos que são circunstâncias sociais e ambientais como: superfícies escorregadias, cadeiras sem braço ou sem encosto, camas ou assentos muito altos ou baixos, calçados e bengalas inadequadas, ruas esburacadas sem sinalização para o idoso<sup>8,12,13</sup>.

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso, que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde. Além das consequências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades devido a dores, incapacidades e medo de cair<sup>14</sup>.

A prevenção das quedas é um desafio durante o processo de envelhecer, para tanto, é preciso que se identifiquem as causas de sua ocorrência e suas características no intuito de articular estratégias de prevenção e promoção de saúde para esta população. Para tanto, este estudo tem o objetivo de caracterizar as quedas sofridas por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória desenvolvida nas Unidades Saúde da Família e no

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):176-183

Characterization of...

Centro de Atenção Integrado de Saúde do Idoso (CAISI), em João Pessoa-Paraíba, em uma amostra foi de natureza não probabilística e intencional, compreendendo 259 idosos de ambos os sexos que sofreram quedas nos últimos 12 meses. Destes, apenas 97 idosos sofreram quedas, tendo sido um dos critérios para seleção dos participantes deste estudo por terem auto referido alguma queda, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, tendo o protocolo de aprovação 261/2009 em atendimento a Res.196.

Os dados foram coletados no período de abril à julho de 2011 através de um questionário estruturado contemplando a avaliação das quedas: composto por 68 questões, que avaliam a ocorrência de queda durante os últimos seis meses, na qual observa os seguintes aspectos: local da queda, fatores intrínseco e extrínseco da queda, consequência e resultado da queda.

Os dados coletados foram analisados pelo Microsoft Excel e importados no aplicativo SPSS versão 11.5 e analisados pela estatística descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos 259 idosos, 97 sofreram quedas segundo características de quedas, fatores intrínsecos e extrínsecos, consequência e resultado da queda.

Dos idosos entrevistados 75,3% era do sexo feminino, deste 19,6% das mulheres pertenciam à faixa etária de 65-69anos e 24,7% de homens, sendo 16,5% destes se encontravam na faixa etária de 75-79 anos. Em relação ao estado civil, a maioria das mulheres eram viúvas com 36,1%, enquanto 20,6% dos homens casados.

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa/PB. 2011.

No que se refere à escolaridade 68% dos idosos sabiam ler e escrever e 19,6% dos idosos sabem ler e escrever. Quanto ao tipo de moradia 58,8% das mulheres e 22,7% dos homens vivem em casa própria-quitada.

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos segundo sexo, número de quedas, altura, local das quedas e uso de medicação antes da queda.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
<b>Ocorrência de quedas</b>				
1-2	17	17,6	54	55,6
3-4	00	0,0	11	11,4
5 ou mais	01	1,0	04	4,1
Não sabe	06	6,2	04	4,1
<b>Altura da queda</b>				
Cama	03	3,1	04	4,1
Cama ou poltrona	02	2,1	04	4,1
Cadeira de banho/vaso sanitário	00	0,0	02	2,1
Própria altura	16	16,5	58	59,8
Árvore	01	1,0	01	1,0
Escada	01	1,0	01	1,0
Telhado	00	0,0	01	1,0
<b>Local das quedas</b>				
Pátio-quintal	05	5,2	12	12,4
Cozinha	03	3,1	07	7,2
Hall de entrada	03	3,1	04	4,1
Quarto	04	4,1	07	7,2
Sala	02	2,1	05	5,2
Banheiro	01	1,0	05	5,2
Calçada	03	3,1	24	24,7
Rua	02	2,1	09	9,3
Jardim	02	2,1	01	1,0
Subir ou descer de veículo	00	0,0	01	1,0
Uso de medicamento	10	10,3	31	32,0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>24,7</b>	<b>73</b>	<b>75,3</b>

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa/PB. 2011.

Visualiza-se na tabela 1 as características das quedas nos últimos 6 meses, na qual foram avaliados os seguintes aspectos: o número de quedas, a altura da queda, o local da queda e se os idosos estavam tomando alguma medicação no período que ocorreu a queda. Quanto ao número de quedas observa-se nesta amostra que 55,6% de mulheres sofreram 1 a 2 quedas e 17,6% dos homens também sofreu a mesmo número de quedas.

Em relação à altura da queda, 59,8% das mulheres e 16,5% dos homens caíram da própria altura. O local da queda mais prevalente nas mulheres foi na calçada com um percentual de 24,7% e nos homens foi no pátio/quintal com 5,2%. Em relação ao uso de medicação durante a ocorrência de quedas, 32% das mulheres e 10,3% dos homens tomavam alguma medicação.

**Tabela 2:** Distribuição dos idosos segundo sexo, fatores intrínsecos e fatores extrínsecos relacionados a quedas.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
<b>Fatores intrínsecos</b>				
Dificuldade para caminhar	05	05,2	14	14,4
Alteração do equilíbrio	12	<b>12,4</b>	38	<b>39,2</b>
Fraqueza muscular	04	04,1	11	11,3
Tontura/vertigem	04	04,1	16	16,5
Hipotensão postural	00	00	02	02,1
Confusão mental	00	00	03	03,1
Perda da rigidez do corpo sem perda da consciência	02	02,1	01	01,0
Desmaio	00	0,0	01	1,0
<b>Fatores extrínsecos</b>				
Falta de iluminação adequada	03	03,1	06	06,2
Tapetes soltos	00	00,0	04	04,1
Pisos irregulares	10	10,3	21	<b>21,6</b>
Pisos escorregadios ou molhados	04	04,1	16	16,5
Degrau alto ou desnível	05	05,2	10	10,3
Objeto no chão	00	00,0	03	03,1
Animais domésticos	00	00,0	02	02,1
Subir em objetos/móveis	01	01,0	01	01,0
Escadaria sem corrimão	00	00,0	01	01,0
Banheiro sem apoio	01	01,0	02	02,1
Roupas longas	01	01,0	02	02,1
Calçados inadequados	11	<b>11,3</b>	32	<b>33,0</b>
<b>Acessório de apoio</b>	<b>02</b>	<b>02,1</b>	<b>03</b>	<b>03,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>24,7</b>	<b>73</b>	<b>75,3</b>

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa/PB. 2011.

A tabela 2 demonstra os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à queda no idoso. A alteração de equilíbrio foi o fator intrínseco que apresentou o maior percentual em mulheres e homens, sendo que nas mulheres apresentou um percentual de 39,2% e nos homens 12,4%. Com relação ao fator extrínseco o mais prevalente em mulheres e homens foi calçado inadequado, sendo em mulheres com 33% e homens com 11,3%.

**Tabela 3:** Distribuição dos idosos segundo sexo e consequências das quedas.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
<b>Consequências da queda</b>				
Hospitalização	05	5,2	16	16,5
Cirurgia	04	4,1	08	8,2
<b>Tipo da consequência</b>				
Não se aplica	06	6,2	08	8,2
Nenhuma	05	5,2	17	17,5
Escoriações	06	6,2	26	26,8
Ferimento com ponto	00	0,0	02	2,1
Fratura tipo fechada	05	5,2	09	9,3
Fratura tipo exposta	00	0,0	01	1,0
Entorse e luxação	02	2,1	07	7,2
Lesão neurológica	00	0,0	01	1,0
Não sabe ou não responde	00	0,0	02	2,1
<b>Resultado da consequência</b>				
Afetou o andar	05	5,2	18	18,6
Ajuda para AVD	01	1,0	10	10,3
Mudança no domicílio	01	1,0	01	1,0
Medo de cair novamente	11	11,3	45	46,4
Rearranjo familiar	01	1,0	01	1,0
Depressão	03	3,1	08	8,2
Ansiedade	03	3,1	07	7,2
Perda da autonomia	01	1,0	05	5,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>24,7</b>	<b>73</b>	<b>73,3</b>

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa/PB. 2011.

Em relação à consequência da queda, observa-se que 16,5% de mulheres foram hospitalizadas e 8,2% fizeram cirurgia. Enquanto os homens 5,2% foram hospitalizados e 4,1% fizeram cirurgia. Quanto ao tipo de consequência a escoriação foi a mais prevalente tanto em mulheres com 26,8% e homens com 6,2%. Como desfecho final da ocorrência de queda, homens e mulheres ficaram com medo de cair, apresentando 46,4% nas mulheres e 11,3% dos homens.

Os dados identificados pode-se pensar que o fato de morar sozinho significa insegurança, fragilidade emocional, medo, a falta de apoio de

familiar para dar suporte as suas necessidades. Entretanto<sup>16</sup> morar sozinho atualmente é resultado da universalização da seguridade social, melhorias nas condições de saúde, os avanços tecnológicos e nos meios de comunicação. Representa na realidade, uma forma mais inovadora e bem sucedida de envelhecimento em de abano, descaso e solidão. A garantia da privacidade pode significar um ideal a ser alcançado, quando não se quer depender de outras pessoas ou mesmos compartilhar de convívio diário, porém para que isto aconteça é necessário o idoso tem uma renda que garanta o seu sustento. Nesse contexto há um aumento da probabilidade de morar sozinho em pessoas viúvas, quando comparado às demais categorias<sup>17</sup>.

Os dados encontrados referentes à ocorrência de queda, maior em mulheres do que em homens<sup>18</sup>. Esses autores colocam que as variáveis: idade avançada, frequência diminuída de atividade externa, diminuição de força podem ser responsáveis por esta diferença entre os sexos. Desse modo, vários outros estudos presentes na literatura apontaram a maior ocorrência de quedas em mulheres idosa<sup>19,20</sup>.

Estudo realizado investigou as características das quedas com ênfase nas quedas do mesmo nível, em idosos acima de 60 anos, residentes no Estado de São Paulo e encontrou que as quedas no mesmo nível foram responsáveis por 47,4% do total de internações e por 35% do total de óbitos, indicando que as circunstâncias da ocorrência são ser relativamente simples<sup>21</sup>.

Ao evidenciar os locais de risco de quedas o índice maior está relacionado a calçadas, devido a fatores ambientais que oferecem desafios ao idoso, o aspecto positivo está no que diz respeito ao percentual relativamente baixo de acordo com o número da pesquisa. Segundo pesquisa<sup>22</sup>



Lira ACC, Pontes MLF, Queiroz RB *et al.*

relataram que os principais locais de queda foram na rua e em ambientes fechados.

Em relação aos fatores intrínsecos relacionados ao episódio de queda que apresentaram maior percentual foi alteração no equilíbrio, dificuldade de caminhar, fraqueza muscular, tontura/vertigem. Os fatores extrínsecos mais frequentes foram os pisos irregulares, escorregadios e molhados. Os fatores intrínsecos são resultados das mudanças relacionadas a idade, não sendo possível reverter ou alterar seus efeitos, porém compensá-los com intervenções. Enquanto que os fatores extrínsecos precisam ser conhecidos e corrigidos contribuindo com a prevenção de queda<sup>23</sup>.

Diante das quedas as consequências foram mínimas visto que o percentual de hospitalização foi relativamente baixo, conseqüentemente as causas relacionadas a quedas são em menor gravidade, onde temos em destaque as escoriações com 26,8% do sexo feminino. Com o resultado das consequências analisadas, os idosos referem o medo de cair novamente, causando incapacidades e restrição nas suas atividades cotidianas devido a dores. É importante ressaltar o que Nelson e Murlidhar<sup>24</sup> dizem em seu estudo que 50% dos idosos hospitalizados devido a quedas morrem dentro de um ano.

## CONCLUSÃO

Este estudo procurou caracterizar as quedas sofridas por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde realizada com os 259 idosos entrevistados, em que 97 dos idosos apresentaram quedas, na qual, houve prevalência do sexo feminino, que sofreram quedas na calçada, com os seguintes fatores de risco: dificuldade para caminhar, fraqueza muscular, tonturas/vertigem, relacionados ao próprio idoso e presença de pisos

Characterization of...

irregulares, escorregadios e molhados, em decorrência a interação do idoso com o meio-ambiente.

Este estudo demonstra a necessidade de garantir acessibilidade ao idoso considerada como competência das áreas de habitação e urbanismo: incluir, nos programas de assistência ao idoso, formas de melhoria das condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência quanto à locomoção. E a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas.<sup>25</sup>

O direito a liberdade faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários ressalvados as restrições legais<sup>26</sup>. Promover a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência, ou com mobilidade reduzida, às vias públicas, aos parques e demais espaço de uso público que inclui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade nas edificações públicas ou privadas, no espaço público, logradouros e seu mobiliário, nas comunicações e sinalização entre outros<sup>27</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em uma de suas diretrizes defende a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável por meio da realização de ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos.

Neste sentido observa-se a necessidade da adoção de medidas individuais e coletivas para promover as condições de saúde dos mesmos. No que se refere à prevenção de quedas em idosos a ação educativa é uma estratégia a ser considerada, como também a avaliação do ambiente para eliminar fatores de riscos que favoreçam a queda. Assim, esta pesquisa aponta para implementação de política de atenção a

Lira ACC, Pontes MLF, Queiroz RB *et al.*  
saúde do idoso fundamentada na promoção da  
saúde.

Ao avaliar as condições de vida e de saúde de cada idoso, especificamente relacionadas às características das quedas na adoção de medidas adequadas às reais necessidades dos mesmos, proporcionando subsídios para o desenvolvimento de ações integrais na prevenção da queda.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Ministério da Saúde, 2010.
  2. Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu: 2007. p. 39 -56.
  3. Rafani SM, Santana CS, Prado KCG. O cuidado ao individuo idoso em contexto de internação: a intervenção da terapia ocupacional na enfermaria de geriatria do HCFMRP - USP. In: Choa-figueiredo LR, Negrini SBM. Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009, p. 279-288.
  4. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 609 - 621.
  5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a Saúde do Idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.
  6. Resnick B. Falls in a community of older adults: putting research into practice. Clin Nurs Res, Newbury Park. 1999; 8 (3): 251-266.
  7. Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005, p. 193-207.
  8. Lange C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.221 f. Doutorado em Enfermagem.
  9. Paixão JR, CM, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. São Paulo: Guanabara - Koogan, 2006, p. 950-961.
  10. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro. 2009; 12(3): 391-404.
  11. Oms. Relatório Global. Prevenção de quedas na velhice, 2010.
  12. Caixera R. Instabilidade postural e quedas no idoso. In: Hargreaves LHH. Geriatria. Brasília. Edição e publicações do Senado Federal, 2006, p. 462-485.
  13. Rexach JAS. Consecuencias clínicas de la sarcopenia. Nutr. Hosp, Madrid. 2006; 21: 46-50.
  14. Massud T, Morris RO. Epidemiology of falls. Age aging. 2001; 30(4): 3-7.
  15. Schiaveto FV. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 117 p. Mestrado
  16. Camarano AA, El Ghaour SK. Familiar com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro: Ipea, 2003.
  17. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos - 2000. R. bras. Est. Pop, São Paulo. 2007 Jun-Jul.; 24(1):37-51.
- R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):176-183

Lira ACC, Pontes MLF, Queiroz RB *et al.*

18. Berg WP, et al. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age & Ageing* 1997; 26:261-8.

19. Ishizuka MA. Tradução para o português e validação do teste POMA II "Performance-Oriented Mobility Assessment II" [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. Doutorado.

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/11/2011

20. Steinman BA, Pynoos J, Nguyen AQD. Fall Risk in Older Adults. Roles of Self-Rated Vision, Home Modifications, and Limb Function. *Journal of Aging and Health*. 2009; 21(5): 655-676.

21. Gawryszewski V P. Importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010. 56 (2): 162-167.

22. Cruz HMF, et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor*. 2011; 12(2): 108-114.

23. Guimarães RM. É possível retardar o envelhecimento? In: Guidi, MLM, Moreira MRLP. *Rejuvenecer a Velhice*. 2 ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1996, p. 17-22.

24. Nelson RC, Murlidhar AA. Falls in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 1990; 8: 309-324.

25. Brasil. Política Nacional do Idoso. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

26. Brasil. Estatuto do idoso. 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

27. Brasil. Lei 10.028 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece norma sobre a acessibilidade. Disponível em [www.jurisway.org.br/v2/bancolegis1.asp?idmodelo=2539](http://www.jurisway.org.br/v2/bancolegis1.asp?idmodelo=2539). Acesso em 10/11/2011.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):176-183