

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências

Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences

Ocurrencia de caídas entre ancianos institucionalizados: prevalencia, causas y consecuencias

Ana Honorato Cantalice Alves ¹, Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício ², Karla Fernandes de Albuquerque ³, Marcella Costa Souto Duarte ⁴, Jiovana de Souza Santos ⁵, Michelle Salles de Oliveira ⁶

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence, causes and consequences related to occurrence of falls among institutionalized elderly. **Method:** Descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 15 seniors who reside and were victims of falls in an institution of long permanence in the city of João Pessoa-PB. Used an instrument with demographic questions and questions pertaining to falls. The research was approved by the Research Ethics Committee, CAAE34521414200005176. **Results:** The elderly 80 (12) had suffered three or more crashes, the leading cause of downfall (46.7) weakness, disturbers of balance and gait; 60 presented serious injuries, 40 fractures and 93.3 were alone at the time of the crash. **Conclusion:** The results obtained corroborate for the development of educational activities as to the risks of falls in order to remedy the existing factors. **Descriptors:** Aging, Elderly, Accidents by falls, Prevention of accidents.

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência, causas e consequências relacionadas à ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 15 idosos que residem e foram vítimas de quedas em uma instituição de longa permanência no município de João Pessoa-PB. Utilizado um instrumento com indagações sociodemográficas e perguntas referentes a quedas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE34521414200005176. **Resultados:** Dos idosos 80%(12) tinham sofrido três ou mais quedas, a principal causa de queda (46,7%) fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha; 60% apresentaram ferimentos graves, 40% fraturas e 93,3% estavam sozinhos no momento da queda. **Conclusão:** Os resultados obtidos corroboram para o desenvolvimento de ações educativas quanto aos riscos de quedas no intuito de sanar os fatores existentes. **Descritores:** Envelhecimento, Idoso, Acidentes por quedas, Prevenção de acidentes.

RESUMEN

Objetivo: Para investigar la prevalencia, causas y consecuencias relacionan con la ocurrencia de caídas entre ancianos institucionalizados. **Método:** Estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo, llevado a cabo con 15 personas mayores que residen y fueron víctimas de caídas en una institución de larga permanencia en la ciudad de João Pessoa-PB. Utiliza un instrumento con preguntas demográficas y las cuestiones relativas a las cataratas. La investigación fue aprobada por el Comité de ética de investigación, CAAE34521414200005176. **Resultados:** Los ancianos 80 (12) habían sufrido tres o más accidentes, la principal causa de caída (46,7) flaqueza, disturbios del equilibrio y la marcha; 60 presentó heridas graves, 40 fracturas y 93.3 estaban solos en el momento del accidente. **Conclusión:** Los resultados obtenidos corroboran para el desarrollo de actividades educativas en cuanto a los riesgos de caídas para remediar los factores existentes. **Descritores:** Envejecimiento, Ancianos, Accidentes por caídas, Prevención de accidentes.

1 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ. João Pessoa/PB. Brasil. E-mail: aninha.alvess@hotmail.com 2 Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: claudia.freirearaujo@gmail.com 3 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa/PB. Brasil. E-mail: karlaalbuq@hotmail.com 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB. Brasil. E-mail: marcellasouto@hotmail.com 5 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa/PB, Brasil. Membro do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: jiovana_santos@hotmail.com 6 Química Industrial. Mestre em Engenharia de Produção, Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora de Estatística do Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual - IDEME - PB. João Pessoa/PB. Brasil. E-mail: michelleestatistica@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população idosa apresenta curva crescente nos gráficos, saltando de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 14,5 milhões em 1999 para 23,5 milhões em 2011, representando 12,1% da população. Em 2020, a projeção é de que esse total aumente para 26 milhões.¹

A Paraíba alcança o terceiro lugar no Brasil e, é o primeiro estado com maior número de idosos no Nordeste. Os idosos correspondem a 74.522 idosos na Capital João Pessoa que representam 10,3% do total de 723.515 pessoas.¹

Esse crescimento acelerado da população de idosos leva, em várias partes do mundo, ao aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, principalmente as “grandes síndromes geriátricas” nas quais se incluem as quedas, porque o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais.²⁻³

No Brasil, de acordo com dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde⁴ as quedas estão entre as causas externas com maior prevalência de óbito em idosos.

Estima-se em 15% dos idosos que são admitidos em centros especializados no atendimento a traumatizados sofreram quedas da própria altura.⁵

As quedas geram grande comprometimento na qualidade de vida do idoso. Isto porque as consequências da queda para o idoso são muito mais graves quando comparadas as ocorridas em indivíduos jovens devido ao impacto que causam ao idoso e a sua família e ao risco que implicam na vida dos mesmos.⁶

A queda é uma das principais causas de incapacidade e dependência em idosos, é a causa direta de fraturas.⁷

Sendo assim, as quedas representam um dos principais problemas clínicos observados na população idosa e de saúde pública em virtude da sua alta incidência, das suas consequências para a saúde e dos altos custos assistenciais.⁸

Devido ao rápido crescimento das pessoas com 60 anos ou mais de idade nas últimas décadas e considerando as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento que influenciarão a prevalência da mesma, é de suma importância à realização de pesquisas que forneçam subsídios para a construção de estratégias que possibilitem à prevenção desse agravo.

Nesta perspectiva, o estudo possibilitou encontrar a prevalência, causas e consequências de quedas em idosos, subsidiando a construção de estratégias que possibilitem melhores decisões em saúde em busca da prevenção destes agravos nesta camada da sociedade. Contribuindo para a prática do enfermeiro que pode intervir através dos programas de Saúde Pública, Hospitais e Gestão com ações de promoção à saúde do idoso, através de ações educativas, assistência holística eficaz, considerando-o como ser vulnerável a quedas,

visando à redução de riscos, proporcionando um envelhecimento com qualidade de vida, pois as consequências das quedas muitas vezes são irreversíveis.

Diante de tais constatações o presente estudo parte do seguinte questionamento: Qual a prevalência e as principais causas de quedas observadas em idosos institucionalizados? Quais repercussões as quedas produzem na vida cotidiana da pessoa idosa? Para responder tais questionamentos, esta pesquisa objetivou-se investigar a prevalência, causas e consequências relacionadas à ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Instituição de Longa Permanência para idosos Lar da Providência Carneiro da Cunha, localizado no município de João Pessoa- PB.

Na referida instituição residem 99 idosos, no entanto os que foram vítimas de quedas e atendem os critérios de inclusão resulta um total de 15 idosos, assim, o estudo foi realizado com esse quantitativo. Como critérios de inclusão consideraram-se: idade superior a 60 anos, ser morador da Instituição e ter sido vítima de queda. Como critérios de exclusão: idosos sem condições clínicas de responder ao roteiro de entrevista (cadeirante, acamado, doença neurológica avançada), estar ausente da instituição no momento em que ocorrer a coleta de dados.

Para a realização da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista com indagações objetivas, sendo subdividido em duas partes. A primeira com 10 questionamentos sobre variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, tempo de permanência na instituição, profissão/ocupação, renda, filhos, religião, grau de escolaridade, prática de atividade física. A segunda com nove perguntas referentes as variáveis relacionadas ao agravo em estudo(quedas): doenças crônicas, uso de medicação contínua, tabagismo, ocorrência de quedas, número de vezes que sofreu quedas, há quanto tempo sofreu a queda, causa da queda, local da queda, consequências da queda.

A operacionalização da coleta de dados ocorreu através de um levantamento do quantitativo de pessoas idosas residentes no local de coleta de dados que atendiam aos critérios de inclusão mencionados. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa e a Instituição de Longa Permanência para Idosos Lar da Providência Carneiro da Cunha. Em seguida, em concordância com os responsáveis pelo local de coleta de dados houve a apresentação da proposta do estudo com respectivas etapas metodológicas e respeito ético, e o convite para participar da pesquisa.

A partir da aceitação em participar do estudo, o sujeito recebeu duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelecido pela Resolução 466/12,⁹ e o roteiro de entrevista foi aplicado individualmente. A coleta ocorreu em dias agendados, no turno diurno conforme a disponibilidade dos idosos, nas próprias instalações da instituição no

período de agosto a novembro de 2014.

Os dados coletados foram processados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0, e analisados a partir de estatística simples verificando frequência e percentual, posteriormente discutidos à luz da literatura proposta.

Para a realização da pesquisa foram considerados todos os princípios éticos emanados da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa entre seres humanos.¹⁰ O estudo ocorreu após a apreciação e autorização do Comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (CAAE34521414200005176) e autorização do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 idosos com média de idade $79,6 \pm 7,1$ anos, sendo 66,7%(10) mulheres. A idade avançada tem uma forte associação com o risco de quedas, devido o processo de envelhecimento biológico provocar alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade. Essas alterações podem comprometer o desempenho de habilidades motoras, e predispô-lo à queda.¹⁰

No tocante pelo predomínio do sexo feminino no contexto do envelhecimento, se deve a maior expectativa de vida desse gênero. Entretanto, quanto ao maior índice de quedas entre as mulheres, ainda não há explicação definitiva sobre esse fato, no entanto, considera-se que a menor qualidade e força de massa muscular nas mulheres, e a prevalência de doenças crônicas podem aumentar a probabilidade das mulheres se tornarem mais frágeis.¹¹

Quanto ao estado civil 60% (9) eram solteiros e 40%(6) viúvos, em relação aos filhos 66,7%(10) possuíam, sendo a quantidade: 26,7%(4) dois, 20%(3) três, 13,3%(2) quatro e 6,7%(1) um filho. O tempo de institucionalização obteve média e desvio padrão de $7,9 \pm 5$ anos, sendo o tempo máximo 20 anos. A profissão apresentou maior quantitativo de empregada doméstica com 26,7%(4).

O grau de escolaridade revelou 46,7%(7) analfabetos, ensino fundamental incompleto 26,7%(4), fundamental completo 20%(3) e 6,7%(1) ensino médio completo. Em um em seu estudo¹² transversal com 310 idosos em Santa Cruz constatou relação entre o nível de escolaridade e a presença do déficit de equilíbrio. Os autores citam que a educação pode refletir em aspectos importantes da vida do idoso como habitação, cultura, renda e saúde, sendo provável que pessoas com maior nível de instrução tenham maior preocupação com sua saúde, maior capacidade de envolver-se na sua recuperação e melhores hábitos higiênicos. A maior escolaridade também pode estar relacionada à maior envolvimento nos programas educacionais preventivos em saúde. Ou seja, faz com que preservem sua integridade física e orgânica de uma forma mais satisfatória, inclusive as estruturas responsáveis pelo controle postural.

As práticas de atividades físicas, tipo de atividades, as doenças crônicas e o uso de

medicações contínuas no grupo estudado estão expostos logo em seguida na Tabela 1.

Tabela 1- Informações quanto à atividade física, doenças crônicas e as medicações de uso contínuo dos participantes, João Pessoa-PB, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Atividade física		
Praticam	11	73,3%
Tipo de atividade		
Caminhada	9	80%
Caminhada e dança	1	6,7%
Dança	1	6,7%
Doenças Crônicas		
Hipertensão	12	80%
Diabetes	8	53%
Hipertensão e diabetes concomitantes	5	33,3%
Medicações		
Uso contínuo	14	93,3%
TOTAL	15	100%

Fonte: Dados da pesquisadora, 2014. *Possibilidade de mais de uma resposta por sujeito da pesquisa.

Considerando que a maioria dos idosos pesquisados 73,3%(11) realizam atividade física, é importante destacar que a atividade física fornece ao idoso uma melhor qualidade de vida e o permite desempenhar todas as suas atividades de vida diária. Pessoas sedentárias apresentam vários problemas, não só pela idade, mas sim pela falta de utilizar suas funções fisiológicas. A manutenção do corpo humano é de suma importância para uma maior expectativa de vida. A atividade física é uma modalidade terapêutica que favorece a mobilidade física a instabilidade postural, que estão diretamente relacionadas com a diminuição de quedas.¹³

A hipertensão arterial revelou-se em 80% dos idosos. A Diabetes Mellitus apresentou 53% dos idosos. A hipertensão arterial tem uma alta prevalência e os fatores de risco da doença, são a hereditariedade, gênero, idade avançada, grupo étnico, status socioeconômico, nível de escolaridade, peso corporal excessivo e tabagismo.¹⁴

Comparando com uma pesquisa de campo,¹⁵ descritiva, método de abordagem hipotético-dedutivo, quantitativo e de caráter transversal com 84 idosos realizado em um clube de idosos em João Pessoa a prevalência de hipertensão arterial autorreferida foi de 45,2% e a prevalência de diabetes autorreferida foi de 23,8%.

O diabetes é uma doença altamente limitante, que pode ocasionar em algumas complicações como: cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, consequentemente causando prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo.¹⁶

Quanto ao uso de medicamentos, 93,3% dos idosos fazem uso contínuo, os autores^{5,17} afirmam que o uso de medicamentos consiste em um fator de risco para quedas, pois as drogas podem reduzir o alerta, assim como a função psicomotora, ou ocasionar fraqueza muscular, hipotensão postural, arritmia, tontura, principalmente quando em doses inapropriadas. Com isso, há uma grande necessidade de elaborações de campanhas educativas sobre o uso irracional de medicamentos nas instituições de longa permanência para idosos, objetivando a conscientizar os profissionais de saúde e asilados sobre os perigos deste uso indiscriminado.

Nenhuns dos idosos entrevistados eram tabagistas. Esse fato se torna um ponto

positivo, pois o tabagismo desfavorece a longevidade, sendo fator de risco para várias doenças, principalmente câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Mesmo que alguns dos idosos sejam ex-fumante os efeitos benéficos da suspensão do fumo são evidentes, em todas as faixas etárias, incluindo até mesmo os idosos, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida.¹⁸

No que concerne ao quantitativo e há quanto tempo os idosos investigados sofreram queda, pode-se averiguar logo abaixo na Tabela 2.

Tabela 2- Quantitativo e há quanto tempo os idosos investigados sofreram queda, João Pessoa-PB, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Quedas		
Uma queda	1	6,7%
Duas quedas	2	13,3%
Três ou mais quedas	12	80%
TOTAL	15	100%
Tempo que sofreu a queda		
Três meses	1	6,7%
Quatro meses	1	6,7%
Cinco meses	2	6,7%
Seis meses	8	13,3%
Sete meses	5	33,3%
Um ano	4	26,7%
Um ano e seis meses	1	6,7%
TOTAL	15	100%

Fonte: Dados da pesquisadora, 2014.

Como mostra na tabela acima 80%(12) dos idosos já tiveram três ou mais quedas. Conforme os autores¹⁹ as entrevistas realizadas no seu estudo descritivo com uma amostra de 28 idosos inseridos no Programa de Atividades Físicas para Terceira Idade do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina apontaram que 50% dos idosos relataram duas ou mais quedas. Sendo os dados desta pesquisa superior, 80% dos idosos apresentaram três ou mais episódios de quedas.

O idoso que vivenciou mais de duas quedas é aquele mais propenso a novos acidentes por quedas e, portanto, necessitando de avaliação que priorize a procura de fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos nesse tipo de episódio.²⁰

Dessa forma, os resultados revelam a necessidade de implementar medidas de prevenção contra quedas, contribuindo para melhor qualidade de vida destes idosos, uma vez que as consequências deste evento podem ser graves e muitas vezes fatais.

Os dados sobre os motivos, local e consequências da queda encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3- Informações quanto o motivo, local, companhia e sequelas da queda em idosos institucionalizados, João Pessoa-PB, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Motivo da queda		
Associadas ao meio ambiente	4	26,7%
Redução da visão	1	6,7%

Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha	7	46,7%
Síncope/tontura/vertigem	1	6,7%
Associadas ao meio ambiente e Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha	2	13,3%
TOTAL	15	100%
Local da queda		
Em frente ao bloco	3	20%
Pátio	8	53,3%
Quarto	2	13,3%
Rua	1	6,7%
Sala	1	6,7%
TOTAL	15	100%
Estava acompanhado no momento da queda		
Não	14	93,3%
Sequelas da queda		
Fraturas	6	40%
Ferimentos graves	9	60%
TOTAL	15	100%

Fonte: Dados da pesquisadora, 2014.

Entre os fatores intrínsecos que causaram queda no idoso pode-se destacar: 46,7% de fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha. Os fatores intrínsecos podem ser determinados como aqueles relacionados ao próprio sujeito, podendo apresentar diminuição da função dos sistemas que constitui o controle postural, doenças, transtornos cognitivos e comportamentais, apresentando incapacidade em manter ou para retomar o equilíbrio, quando necessário.²¹

Fatores extrínsecos são relacionados ao meio ambiente e foram detectados 26,7% dos idosos acometidos por esta causa. Estes abrangem ambientes desarrumados ou confusos; iluminação precária; cama e cadeira com alturas inadequadas; tapetes em superfícies lisas; uso de chinelos ou sapatos mal ajustados e com solados escorregadios; ausência de corrimãos; presença de degraus de altura ou largura irregulares; entre outros.²²

Dessa forma é de extrema importância realizar modificações nos ambientes domésticos de forma a diminuir os perigos, além da necessidade de promover a saúde, prevenir doenças e incapacidades do idoso com o objetivo de minimizar os riscos que possam propiciar quedas.

Observou-se que o local onde ocorreu o maior número de quedas foi no pátio com 53,3%. Destaca-se que conhecer o local de ocorrência da queda é importante para identificar fatores extrínsecos que predispõem à ocorrência da mesma e elaborar medidas preventivas. No entanto, nem sempre os episódios de quedas entre os idosos são identificados, seja pela subnotificação no autorrelato dos idosos por esquecimento, ou mesmo por não chegarem a uma hospitalização.²³

Considerando a constatação de 93,3% dos idosos estarem sozinhos no momento da queda. O processo de envelhecimento provoca alterações no organismo do idoso, deixando-o mais fragilizado, necessitando de mais cuidado e atenção, minimizando assim os riscos para as quedas.

As principais consequências causadas pelas quedas nos idosos foram: 60% com ferimentos graves, 40% com fraturas. As fraturas parecem atribuir a idosa maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Devido a esses ferimentos, os idosos comumente sofrem com a limitação de suas atividades, ocasionando um declínio funcional nas atividades de vida diária e isolamento social com diminuição de

atividades sociais, sensação de insegurança e fragilidade, gerando assim um medo das consequências ligadas à queda. Sendo assim, a partir dos danos físicos, inicia uma reação em cadeia que ocasiona danos psicológicos, sociais e econômicos.^{8,24}

Com isso a dependência da pessoa idosa provoca desafios para ela, para sua família e cuidadores que necessitam de condições diversas para a manutenção de cuidados essenciais a favor da recuperação ou adaptação do idoso após a queda.²⁵

A identificação das causas das quedas e o conhecimento de suas consequências são de suma importância no estabelecimento de estratégias para prevenção da mesma.

Sabe-se que o risco de cair aumenta proporcionalmente com o número de fatores de risco. Conseguindo eliminar um fator de risco, a probabilidade de cair também diminui. Isto é essencial para os idosos que, em geral, apresentam múltiplos fatores de risco para quedas, sendo alguns não modificáveis. Estratégias podem ser elaboradas, para transformar ou eliminar aqueles fatores passíveis de atuação, conseguindo-se, com isso, uma redução significativa nas quedas. Ao mesmo tempo, podem-se desenvolver intervenções que atuem sobre múltiplos fatores, como programas de exercícios, revisão de medicações, recomendações de comportamentos seguros, melhoria da segurança ambiental.²⁶

Compreende como medidas preventivas orientações aos idosos, familiares e cuidadores, sobre o risco de cair e as suas consequências. Informações quanto à segurança do ambiente em que vive e transita; estilo de vida; avaliação geriátrica global periódica com precaução para a função cognitiva, capacidade de realizar as atividades de vida diária, distúrbios de humor, condições sociais; racionalização da prescrição e correção da polifarmácia; avaliação oftalmológica anual; indicação de fisioterapia e de exercícios físicos; avaliação nutricional; medidas de promoção de saúde, com atenção para a prevenção e tratamento da osteoporose.²

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas está vinculada ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais vulnerável. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não oferecem problemas para pessoas idosas mais saudáveis podem modificar-se e passar a ser uma séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

Nesse sentido, as medidas preventivas podem ser na altura apropriada do vaso sanitário, colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros, colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma, corrimãos bilaterais para apoio e retirada de tapetes no início e fim da escada, não deixar o piso escorregadio, utilizar sapatos com solado antiderrapante, manter objetos em locais de fácil acesso.²⁷

Como os idosos estão em ILPI e por sua vez recebem assistência de profissionais de saúde eles devem seguir o Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A Portaria N° 529, de 1 de abril de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

O referido protocolo visa diminuir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e suas consequências, através da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, assegurem o cuidado multiprofissional em um

ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.²⁷

Sendo assim é de extrema necessidade implementar um protocolo de segurança do paciente na prevenção de quedas de idosos em ILPI, objetivando a redução dos danos físicos, como lesões teciduais, ferimentos e fraturas, declínio funcional e aumento da dependência e questões psicossociais, como perda da autonomia, isolamento e o medo de cair.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou identificar a prevalência de quedas entre os idosos institucionalizados constatando que o maior número de idosos caiu três vezes ou mais, dentre as causas destacaram-se a fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, seguida por causas associadas ao meio ambiente e fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha concomitantes, redução da visão e síncope/tontura/vertigem. As consequências das quedas relatadas pelos idosos foram ferimentos graves e fraturas.

A detecção das causas de quedas facilita a construção de medidas de prevenção, possibilitando à redução dos episódios, implicando na diminuição do sofrimento, incapacidade, morte e impacto social.

Nesse contexto, a implantação do protocolo de prevenção de queda nas ILPIs é fundamental, devido à prevalência de quedas e a maior susceptibilidade. Sendo imprescindível para a qualificação do cuidado em saúde aos idosos.

Todavia, este estudo alerta os profissionais que trabalham com idosos e dirigentes governamentais sobre a necessidade de mais atenção às medidas preventivas para quedas ou, ainda, no sentido de capacitá-los a proporcionar cuidados específicos para esses idosos, reduzindo a prevalência, causas e consequências e colaborando assim para um progresso da qualidade de vida de uma parcela populacional, que aumenta quantitativamente a cada dia em nosso país: os idosos.

Embora o estudo tenha observado aspectos importantes quanto às quedas em idosos, é preciso ressaltar o pequeno quantitativo de idosos que participaram, sugerindo-se novas pesquisas com maior número de pessoas de modo a conhecer o fenômeno de forma singular, traçando ações específicas para este grupo que reside em instituições de longa permanência. No entanto, destaca-se que abrangeu todos os idosos residentes na instituição de longa permanência que tinham sido vítimas de quedas.

Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de ações educativas que alcancem o público idoso, envolvendo esses indivíduos no processo de conhecimento quanto ao risco de quedas, bem como orientações e capacitações para os profissionais que atuam na instituição pesquisada no intuito de sanar os fatores existentes, que podem ocasionar quedas, principalmente no pátio que foi o local onde ocorreu o maior número de quedas, que muitas vezes provocam a dependência física e mental no idoso.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [Acesso em 23 jul 2014]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd_2010_resultados_gerais_amostra.pdf
2. Maciel A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Rev. Med Minas Gerais* [Internet]. 2010 mar; 20(4):554-57. [Acesso em 10 jul 2014]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewfile/317/303>
3. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2010 nov/dez; 63(6):1035-9. [Acesso em 25 nov 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília (DF); 2010.
5. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. *Rev. Assoc Med Bras.* [Internet]. 2010 56(2):162-7. [Acesso em 13 out 2014]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/191.pdf
6. Paula FL. Envelhecimento e quedas de idosos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Apicuri; 2010.
7. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Prevalência de quedas em idosos no Brasil: uma análise de todo o país. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 set; 27(9): 1819-26. [Acesso em 28 out 2014 O]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/15.pdf>
8. Maia BC et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol.* 2011; 14(2):381-93.
9. Toledo DR, Barela JA. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. *Rev. Bras. Fisioter* [Internet] 2010 maio/jun; 14(3):267-75. [Acesso em 20 dez 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n3/04.pdf>
10. Barbosa KTF, Rodrigues MMD, Fernandes MGM, Oliveira FMRL, Santos KFO, Loureiro LSN. Caracterização das quedas referidas por idosos. *Rev. Baiana de Enferm.* 2014; 28(2):168-75.
11. Maciel ÁCC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *R bras. Ci e Mov.* 2005; 13(1):37-44.
12. Lemos NAF, Guimarães RF. Atividade física e incidência de quedas em idosos. *Rev. bras. Crescimento desenvolv. Hum.* 2012; 1(1): 28-43.
13. Nóbrega SB. de et al. Sentidos atribuídos aos medicamentos genéricos por idosos. *Rev. Pesqui Cuid Fundam.* 2011; 37(44): 37-44.
14. Patrício ACF, Alves KL, Costa SMG, Duarte MCD, Rodrigues TP, Aguiar MSB. Medidas pressóricas, glicemia capilar, comorbidades e medicamentos autorreferidos por idosos. *J. res.: fundam. Care. Online* 2014. abr./jun. 6(2):676-84.

15. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al. Diabetes auto referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 6(1):175-84.
16. Gomes GAO, Cintra FA, Diogo MJD, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev. Bras. De Fisioter*. 2009; 13(5): 430-7.
17. Goular TD, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Luiz N et al. Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol*. 2010; 13(2): 313-20.
18. Beck AP, Antes DL, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MAL. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividade físicas. *Texto & contexto enferm*. 2011; 20(2): 280-86.
19. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. *Rev. Latinoam enferm [periódico on line]*. 2007 mar/abr [acesso em 15 nov 2014]; 15(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a18.pdf
20. Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. *Rev. Assoc Med Bras*. 2012; 58(4): 427:33.
21. Lojudice DC. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol*. 2010; 13(3):403-12.
22. Goncalves LHT, Polaro SHI, Carvalho JN, Góes TM, Medeiros HP, Souza FJD. Condições de vida e saúde de idosos amazônicas: realidade de comunidades periféricas de cidades paraenses. *Rev. enferm UFPE on line*. 2015 Jan; 9(1):39-46. [Acesso em 25 jan. 2015]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7086/pdf_6844
23. Duca GFD, Antes DL, Halla LPC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2013; 16(1):68-76.
24. Lopes RA, Dias RC. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Conscientiae Saúde*. 2010; 9(3):504-9.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Biblioteca Virtual em saúde. Quedas de Idosos. Brasília (DF); 2009.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2006.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Protocolo prevenção de quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF). [Acesso em 23 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.10442302012000400012>

Recebido em: 03/02/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Jiovana de Souza Santos.
Rua Farmacêutico Antônio Leopoldo Batista, 172, Jardim São Paulo.
João Pessoa/PB, Brasil.CEP:58051-110.
E-mail: jiovana_santos@hotmail.com