QUEDAS DOMICILIARES: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE IDOSOS QUE NECESSITARAM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Fernanda Fátima Meggolaro de Carvalho[1]
Cristina De Marco Severo[2]
Luciana Spinato De Biasi[3]
Abrahão Isaac Ruas[4]
Irany Achiles Denti[5]

RESUMO: Pesquisa quantitativa com objetivo geral de conhecer as implicações das quedas domiciliares sobre a saúde de idosos que necessitaram atendimento hospitalar em Erechim/RS. Objetivos específicos: identificar as causas de quedas; investigar tempo de hospitalização; verificar consequência e grau de comprometimento. A coleta dos dados ocorreu entre março e abril de 2011, em grupos de terceira idade, instituição asilar e unidades básicas de saúde, através de questionário e entrevista semiestruturada, analisados pela estatística descritiva. A amostra constituiu-se de 35 idosos, 29 do sexo feminino e 6 do sexo masculino, que apresentaram quedas domiciliares entre 2009 e 2010. Os resultados 43% estão relacionados ao ambiente, fratura de quadril em 22% dos pesquisados, 37% caíram no pátio de casa, 69% possuem adaptação em casa como prevenção. Através dos dados concluímos que não é possível evitar totalmente as quedas, sendo a prevenção uma forma altamente eficaz, garantindo qualidade de vida e autonomia.

Palavras-chave: Envelhecimento. Quedas. Saúde. Limitações.

INTRODUÇÃO

Durante o envelhecimento ocorrem várias alterações no corpo, que se manifestam de formas diferentes nas pessoas, dependendo do hábito de vida de cada um. (FERREIRA, 2003)

Dentre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é a que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas. Tais modificações determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais

[1] Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI – Campus de Erechim. E-mail fernandacarvalho32@hotmail.com
[2] Enfermeira(UFSM). Mestre em Envelhecimento Humano (UPF). Professora e Coordenadora do curso Técnico em Enfermagem da Escola de Educação Básica da URI – Campus de Erechim.E-mail criss@uri.com.br
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFRGS). Mestre em Ciências da Saúde Humana (UnC) Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem (UPF/HSVP/IAHCS) E-mail– lucianadb@uri.com.br.
[4] Enfermeiro. (URI - Campus de Erechim) Especialista em Urgência e Emergência e Trauma em Saúde pela UNINGÁ/Campus de Chapecó/SC. Professor do curso Técnico em Enfermagem da Escola de Educação Básica da URI – Campus de Erechim. E-mail – abrahãoruas@urice.edu.br
[5] Enfermeiro. (UnC -Concórdia). Mestre em Enfermagem (UFSC). Docente dos cursos de Enfermagem e Educação Física da URI – Campus de Erechim. E-mail: iranyd@uri.com.br

vulnerável aos processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO; BORGONOVI, 2000).

Conforme Brito (2009), a população brasileira está cada vez mais velha, seguindo uma tendência que se observa desde 1992. Pessoas com 60 anos ou mais, que eram 7,9% da população brasileira em 1992, passaram a ser 11,1% em 2008. Já o índice de crianças de até 9 anos, que representavam 22,1% dos brasileiros há 17 anos, chegou a 15,5% em 2008.

O aumento da expectativa de vida alcançado graças à redução da taxa de mortalidade e posteriormente de natalidade, assim como aos avanços tecnológicos da ciência médica, surgimento das vacinas e dos antibióticos, saneamento básico e melhores condições de higiene, resultaram num aumento de indivíduos maiores de 60 anos, caracterizando o Brasil como um país envelhecido (BRASIL, 2006).

Considerando o fato de que a população mundial está vivendo cada vez mais e melhor, o trabalho com a população idosa torna-se importante à medida que idosos compreendam que no processo de envelhecimento ocorre ao longo do tempo uma série de modificações no organismo, não significando que estas modificações sejam necessariamente negativas, mas inspiradoras de readaptações e prevenção, a fim de garantir a mesma qualidade de vida anterior.

Nesse contexto, trabalhar com questões relacionadas ao envelhecimento e também aos riscos de acidentes na terceira idade, principalmente as quedas, torna-se imprescindível para a manutenção da qualidade de vida, apesar das limitações decorrentes do processo de envelhecimento.

As quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública nesta faixa etária, devido a sua alta incidência, às consequentes complicações para a saúde e aos custos assistenciais.

Para Guimarães et al. (2004), a queda pode ser definida como uma falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço. Já Brito e Costa (2001) a definem como evento descrito pela vítima ou por uma testemunha, em que a pessoa, inadvertidamente, vai ter ao solo ou outro local em nível mais baixo do que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência ou lesão ou como a falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo durante o movimento no espaço.

Nos idosos as quedas recorrentes são sinais evidentes de uma situação clínica de fragilidade, imobilidade, instabilidade e, muitas vezes, de doenças agudas, ou crônicas não corretamente diagnosticadas. Além disso, as quedas frequentemente contribuem para o declínio funcional em decorrência das lesões ósseas e musculares resultantes, da limitação da

atividade física diária, do receio que o indivíduo tem de sofrer novas quedas e da perda de mobilidade e independência.

Freitas et al. (2002) refere que a lentidão dos mecanismos de integração central são importantes para os reflexos posturais e um dos fatores relacionados ao envelhecimento que pode predispor às quedas. Com o envelhecimento a capacidade de processamento e a habilidade de dividir a atenção parecem reduzir, se a concentração for distraída, por exemplo, por outra tarefa cognitiva, há recuperação mais lenta de uma perturbação postural.

Este estudo justifica-se pela incidência de quedas geralmente alta na população idosa, pelo grau de comprometimento sendo muitas vezes necessária uma mudança drástica no estilo de vida e também por representarem um marcador para risco de maior mortalidade nesta população.

Nessa direção, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer as implicações das quedas domiciliares sobre a saúde dos idosos que necessitaram de atendimento hospitalar na cidade de Erechim/RS. Com os objetivos específicos, buscou-se identificar as principais causas de quedas nos idosos em estudo; investigar o tempo de permanência desta população na unidade hospitalar; verificar as consequências das quedas e o grau de comprometimento desses idosos.

1 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo analisado pela estatística descritiva, realizado nos meses de março e abril de 2011, tendo como locais de coleta de dados grupos de terceira idade, instituição asilar e Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Erechim/RS.

A amostra foi constituída por 35 idosos pertencentes aos locais de coleta de dados citados anteriormente. Os critérios de inclusão foram idosos maiores de 60 anos, que sofreram quedas domiciliares nos anos de 2009 e 2010 e necessitaram atendimento hospitalar. Para atingir os objetivos da pesquisa, os dados foram coletados através de entrevista e questionário semiestruturado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI - Campus de Erechim, sob o protocolo nº 212/TCH/10 e seguiu o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996).

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise deste trabalho, optou-se por utilizar tabelas e gráficos que constituem uma das formas mais eficientes de apresentação de dados, objetivando uma visão mais rápida e fácil dos mesmos, pois fornecem uma ideia precisa dos dados e possibilitam uma inspeção mais rigorosa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, a qual, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema, porém em condições de sobrecarga, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência. Para Velasco (2006, p. 11), "o envelhecimento depende naturalmente do passar do tempo, mas o ritmo desse processo pode ser determinado individualmente".

O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010). Ainda os resultados do Censo 2010 mostram que existem 95,9 homens para cada 100 mulheres, ou seja, existem 3,9 milhões de mulheres a mais que homens no Brasil.

Dentre os 35 idosos entrevistados, 83% pertencem ao sexo feminino (29) e 17% ao sexo masculino (06), como pode ser observado no gráfico 1. A idade média dos idosos que sofreram quedas foi de 76 anos.

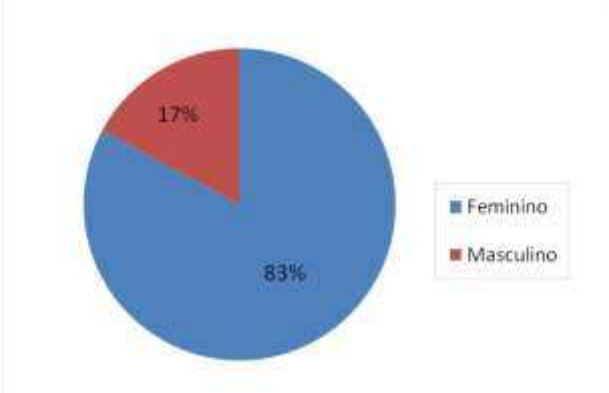

GRÁFICO 1 – Distribuição de idosos que sofreram quedas conforme o sexo
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Entendeu-se que o maior número de mulheres, neste estudo, pode ser devido ao fato de que nos locais da coleta de dados, há uma menor participação de homens nas atividades. Porém, de acordo com Vieira (2004), estudos demográficos apontam a prevalência de mulheres na população idosa. A predominância da população feminina diz respeito ao fato de

que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais, tendo repercussões importantes nas demandas de políticas públicas (CAMARANO, 2002). No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) relaciona essa prevalência a fatores intrínsecos, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas com o avançar da idade, tais como: idosos com mais de 80 anos, sexo feminino, imobilidade, quedas precedentes, osteoporose, equilíbrio diminuído, entre outras.

O gráfico 2 informa com quem os idosos pesquisados residem: 37% com companheiro(a), 23% em unidade asilar, 20% com familiares, 17% sozinhos e 3% com amigo(a).

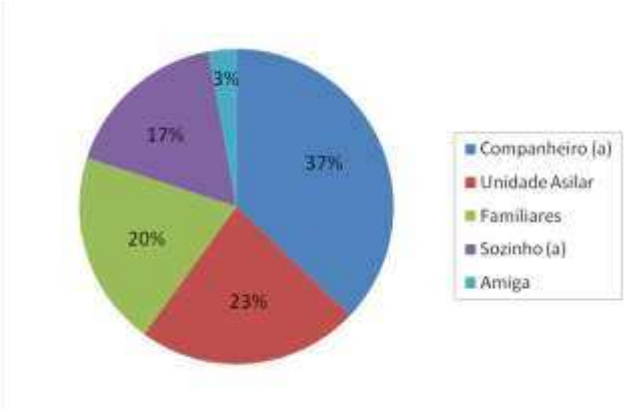

GRÁFICO 2 – Com quem o idoso reside
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A maioria dos participantes reside com alguém, contrapondo a tese apresentada por Diogo (2002), a qual afirma que os idosos que têm vínculos familiares e moram com alguém possuem hábitos mais saudáveis, estando mais protegidos de situações de carência e da sensação de abandono, além de contarem com uma rede mais eficaz de prevenção de acidentes domésticos.

Também foi preocupação das pesquisadoras identificarem o local das quedas dos idosos participantes deste estudo.

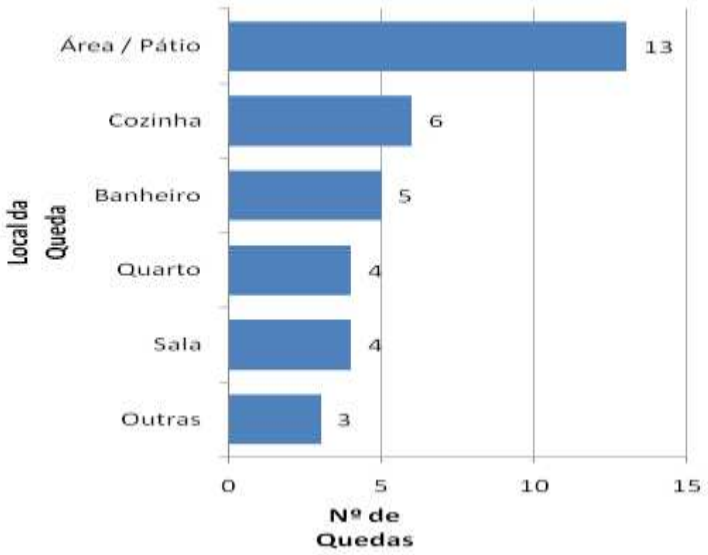

GRÁFICO 3 – Locais relacionados às quedas
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Analisando o gráfico 3, que mostra quais foram os principais locais onde estes idosos sofreram a queda, apreendeu-se que 37% caíram na área/pátio de casa, 17% na cozinha, 14% no banheiro, 12% na sala de estar, 12% no quarto, seguidos de 8% em outros locais. Foram ouvidos também, durante as entrevistas, relatos relacionando os acidentes às atividades básicas e de rotina, como por exemplo, sair na área de casa para molhar as plantas, levantar do sofá na sala e ir até o banheiro, caminhar e tropeçar na escada, no tapete, em obstáculos.

Em consonância com a literatura, percebeu-se que, também com o grupo pesquisado, a maioria das quedas ocorreu dentro de casa, ou nas proximidades do domicílio, durante a realização das atividades da vida diária.

Vernon (2001, p. 555) afirma que "as quedas resultam de uma complexa interação de fatores ambientais e intrínsecos. Cerca de 40% das quedas envolvem algum tipo de interação com um ambiente perigoso". Complementando a ideia, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) informa que a maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição e ir ao banheiro. De acordo com Duarte e Diogo (2000), os idosos vulneráveis tendem a cair em situações rotineiras do dia a dia, empreendendo atividades simples, como sentar, levantar e tomar banho, enquanto idosos ativos tendem a cair em tarefas que exigem controle de equilíbrio, como subir em escadas para pegar objetos guardados.

Alguns fatores que agravam a ocorrência de lesão na queda são a ausência de reflexos de proteção; densidade mineral óssea reduzida – osteoporose; desnutrição; idade avançada;

resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai; e dificuldade para levantar após a queda (BRASIL, 2006).

Há uma grande dificuldade em estabelecer uma única causa, visto que a etiologia das quedas nos idosos é, em geral, multifatorial, particularmente nos idosos frágeis. Nesse caso, é fundamental que se busque ativamente os motivos que levaram o idoso a cair, a fim de que uma intervenção apropriada seja realizada (PERRACINI, 2011).

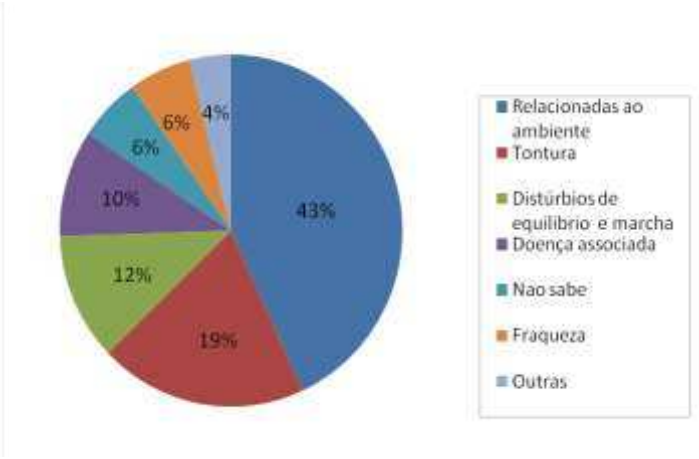

GRÁFICO 4 – Causas relacionadas às quedas
Fonte: dados da pesquisa (2011)

O gráfico 4 demonstra que, assim como descrito na literatura específica, as causas das quedas de 43% do grupo pesquisado estão relacionadas ao ambiente, como escadas sem corrimão, presença de tapetes, má iluminação e chão molhado. Seguidas destas, 19% estão relacionadas a tonturas; em 12% decorrem de distúrbios de equilíbrio e marcha; em 10% aparecem associadas a alguma patologia; 6% não souberam explicar o motivo da queda, 6% associaram-nas à fraqueza e 4% a outras causas.

Percebeu-se por meio das entrevistas, que aqueles idosos que naturalmente são mais ativos, muitas vezes não percebem os riscos à que estão expostos na realização das tarefas domésticas, pois realizam as atividades sem se preocuparem com possíveis acidentes em decorrência da idade avançada.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as causas mais comuns relacionadas a quedas de pessoas idosas na comunidade são: tontura/vertigem, fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, alteração postural/hipotensão ortostática, lesão no SNC, síncope, redução da visão, e as relacionadas ao ambiente.

Os fatores de risco podem ser divididos em extrínsecos e intrínsecos. Os intrínsecos decorrem das alterações fisiológicas relacionadas com o avançar da idade, como por exemplo,

idosos com mais de 80 anos e quedas precedentes. Os fatores extrínsecos estão relacionados aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e ao seu meio ambiente, caracterizados como ambientes inseguros, mal iluminados, mal planejados e mal construídos (BRASIL, 2006).

Freitas et al. (2002) associam as principais causas relacionadas a quedas, aos fatores comuns do envelhecimento, como tendência à lentidão dos mecanismos de integração central, importantes para os reflexos posturais. Estão associadas a doenças, como Parkinson, epilepsia e demências, bem como às síndromes de quedas nas quais estão incluídos déficits sensoriais múltiplos, doença cerebrovascular e ataques de queda. Alguns medicamentos também são fatores causadores de queda, dentre estes estão os benzodiazepínicos e os antidepressivos.

Dos idosos que caem a cada ano, entre 5% a 10% possuem como consequência, lesões severas, como fratura, traumatismo craniano e lacerações sérias, que reduzem sua mobilidade e independência (PERRACINI, 2011).

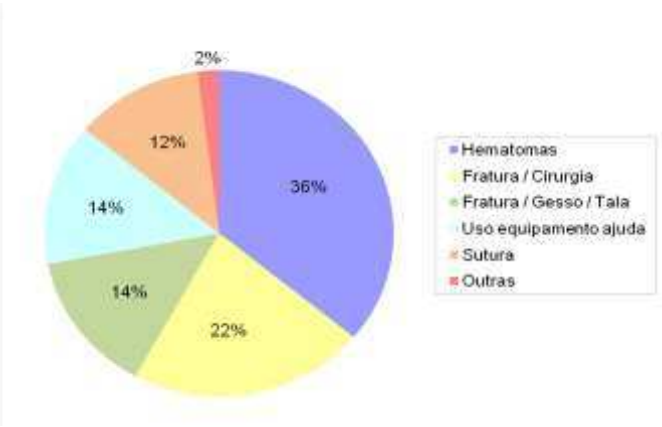

GRÁFICO 5 – Consequências das quedas
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

O Gráfico 5 mostra as principais consequências das quedas sofridas pelos idosos participantes da pesquisa: 36% dos idosos tiveram hematomas, 22% sofreram fratura seguida de cirurgia, 14% apresentaram fratura com aplicação de gesso/tala, 14% necessitaram utilizar algum equipamento de ajuda, como bengala, andador, cadeira de rodas, cadeira como apoio para andar, 12% precisaram de sutura e em 2% dos idosos as consequências foram outras.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as principais complicações das quedas são lesões de partes moles, retenção prolongada ao leito, institucionalização, hospitalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematomas, incapacidade e morte.

Nesse estudo, as estatísticas do Ministério da Saúde foram confirmadas, uma vez que se constatou que as principais implicações das quedas dessa população foram fratura de

quadril em 22% dos pesquisados, sendo necessário cirurgia e colocação de prótese, seguida por fraturas de braço e pé, 14%, sendo necessário imobilização com gesso e/ou tala. Ainda, na maioria das situações, foi necessário fazer uso de equipamentos de ajuda para deambulação.

Segundo Vieira (2004), a queda pode ocorrer como manifestação do organismo a exigências do dia a dia, para as quais o idoso não está preparado, como também pode ser um sinal de fraqueza muscular ou de outras condições. Essas condições, por facilitarem a ocorrência de quedas, levam não só a fraturas, como também a danos físicos, imobilidade, dependência, perda de autonomia, isolamento social, insegurança e medo. É possível afirmar, nesse contexto, que a queda promove sequelas físicas, funcionais, psicológicas e sociais, muitas vezes mais prejudiciais que a fratura em si.

Após acidentes com quedas, naturalmente, os idosos tendem a diminuir sua mobilidade, por medo de cair novamente. Na tentativa de ficarem seguros, alguns limitam suas atividades, não saem de casa e ficam física e socialmente isolados. Esse estilo de vida contribui para o declínio funcional, perda da autoestima e independência.

A utilização de mecanismos de adaptação em casa é uma forma de diminuir ou evitar as quedas, sendo recomendada para todos os tipos de residência, pois é considerada um dos indicadores de prevenção de acidentes na terceira idade (FULFARO, 2011).

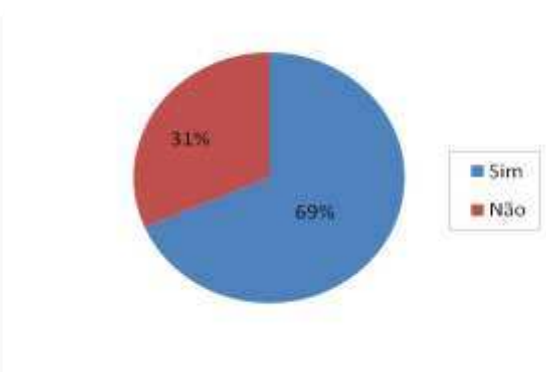

GRÁFICO 6 - Mecanismo de adaptação em casa
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

No gráfico 6, percebe-se que 69% dos idosos possuem pelo menos um tipo de adaptação em casa, como barras no banheiro e corrimão nas escadas. Por outro lado, 31% dos entrevistados não possuem estes mecanismos de prevenção.

Os participantes do estudo que possuem algum tipo de adaptação em casa referiram que só o instalaram após alguém da família ter sofrido algum tipo de queda. Contaram ainda que as modificações foram implementadas por medo de acontecer novamente uma queda e, com isso, advir uma lesão mais grave.

A casa deve ser um local seguro, confortável e adaptado à rotina dos moradores, porém, na maioria das situações, não são planejadas para a velhice, tornando-se necessário readaptá-las.

Nesse contexto, observou-se que não há em nossa região uma cultura para a prevenção de acidentes domésticos, nem planejamento para as mudanças que ocorrem nos indivíduos com o passar dos anos. Os problemas advindos da idade avançada como a diminuição da acuidade visual e auditiva, efeitos colaterais de alguns medicamentos, a fraqueza osteomuscular dentre outros, são fatores que propiciam os acidentes domésticos nesta faixa etária e que podem levar à internação hospitalar, mobilidade física prejudicada, permanência prolongada ao leito e a sérias consequências, inclusive à morte. Porém, todos estes problemas parecem irrelevantes quando não se tem um idoso em casa. Quando um casal planeja construir sua casa, normalmente não pensa em fazê-la adaptada, sem presença de degraus, piso escorregadio ou obstáculos. É como se a velhice nunca fosse chegar. Planejar a residência e garantir a autonomia dos idosos permite que sua rotina permaneça estável por mais tempo.

Para melhor compreender o tempo em que os idosos necessitaram de cuidados, tanto hospitalares como domiciliares, foi confeccionada uma tabela, separando por idade e com a média dos cuidados. Para a média de cuidados hospitalares, foi utilizada a variável tempo em horas, pois os idosos não permaneceram muito tempo hospitalizados. Já para a média de cuidados domiciliares, foi utilizada a variável dias, uma vez que o tempo foi bem maior.

TABELA 1 – Média de cuidados hospitalares e domiciliares

Idade (anos)	**Número de pessoas**	**Tempo Médio de Hospitalização (horas)**	**Tempo Médio de Cuidados em Casa (dias)**
60 - 70	10	83,9	76,5
71 - 80	13	88,5	86,9
81 - 90	11	72,5	105,5
91 - 100	1	6,0	60,0
Total:	35	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A tabela 1, com base na quantidade de idosos por idade, demonstra a média de tempo de cuidados hospitalares (em horas) e a média de tempo de cuidados domiciliares (em dias).

Concluiu-se que o tempo médio de cuidados hospitalares foi de 79.8 horas e o tempo médio de cuidados domiciliares foi de 89 dias. Deste total, 40% dos acidentes ocorreram no turno da tarde, confirmando a teoria de Freitas et al. (2002, p. 630), segundo a qual, “a maior

parte das quedas ocorre em horas de atividade máxima no dia, e somente 20% ocorrem à noite".

As quedas ocorridas durante o dia podem estar relacionadas com o fato de estes idosos não serem muito ocupados e fazerem atividades diversas neste período, estando assim mais expostos a esses acidentes (CARVALHO, 2000).

Observou-se também o número de vezes que os idosos sofreram quedas: 37% caíram 1 vez, 29% 2 vezes, 20% 4 vezes, 8% mais de 5 vezes, e 6% 3 vezes. Quando questionados sobre esta recorrência de quedas, alguns não sabiam o motivo de terem caído novamente, mas a maioria associou ao ambiente, presença de obstáculos, tapetes, falta de mecanismos de adaptação em casa, chão molhado, entre outras.

Conforme Duarte e Diogo (2000), aproximadamente 30% das pessoas com 65 anos têm um evento de queda a cada ano. Metade dos idosos que caem repete o evento novamente. As lesões decorrentes dessas quedas são responsáveis pela sexta causa de morte entre idosos nesta faixa etária.

A maior suscetibilidade dos idosos de sofrerem lesões decorrentes de uma queda se deve à alta prevalência de comorbidades presentes nesta população, associada ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento. O aumento do tempo de reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal podem transformar uma queda leve num evento potencialmente perigoso (PERRACINI, 2011).

Conforme Souza e Iglesias (2002), o processo de reabilitação no idoso, diferentemente do paciente mais jovem, ocorre de forma mais sutil ao longo do tempo. O período compreendido entre a restrição do paciente ao leito e o retorno à deambulação é crítico. Tendo em vista que a idade avançada está relacionada ao retardo no processo de cicatrização, a prevenção das complicações continua sendo a parte fundamental no cuidado.

Em grande parte, a reabilitação do paciente idoso é dependente de sua motivação, de alterações neurocomportamentais, inclusive de memória ou de humor preexistentes ao trauma, bem como das dificuldades psicológicas decorrentes especificamente do acidente (SOUZA; IGLESIAS, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação após uma lesão decorrente de queda é quase sempre muito difícil e demorada em indivíduos idosos e implica em um declínio da qualidade de vida uma vez que o processo de reabilitação em idosos é mais complicado e demorado do que em indivíduos mais

jovens. Nesse sentido, é importante que os idosos sejam orientados e auxiliados a reduzirem os riscos ambientais com o objetivo de aumentar a funcionalidade do ambiente com segurança.

Fraturas, luxações, traumatismos cranianos, cortes são situações que podem acometer idosos após terem tido algum tipo de queda. Estas situações provocam nestes indivíduos perda de confiança na realização de atividades cotidianas levando-os ao isolamento social e a uma situação de dependência desnecessária.

Facilitar o acesso às diversas dependências da casa, utilizar corrimão e barras de apoio na área de banho e vaso sanitário; manter iluminação adequada e boa visibilidade de obstáculos, substituir móveis com rodinhas pelos fixos, bem como trocar pisos escorregadios e remover os tapetes, são alguns métodos práticos, eficientes e, na maioria, de baixo custo, que promovem segurança aos indivíduos de qualquer idade e devem ser considerados no cuidado de idosos. Estas medidas não apenas ajudam a evitar lesões como também podem ainda aumentar a capacidade de autocuidado.

Da mesma forma, os idosos devem ser alertados a evitar atividades perigosas e provavelmente desnecessárias, como subir em escadas de serviço e bancos ou poltronas que dificultem o equilíbrio.

Apesar de o indivíduo idoso ter algumas limitações físicas que aumentam o risco de queda, ele deve ser encorajado a andar, a realizar atividades diárias, a efetuar exercício físico adequado que melhore o equilíbrio e a flexibilidade, além de aumentar a força, a resistência e a coordenação. É importante, também, a enfermagem assumir o seu papel na conscientização desta população, aproveitando os momentos das visitas domiciliares realizadas através da ESF para conscientizar o idoso e seus familiares a fazerem as alterações necessárias no ambiente, como também no seu estilo de vida, prevenindo assim as quedas, auxiliando-o a encontrar equilíbrio entre a preocupação excessiva com as quedas e a necessidade de manter a independência funcional e a mobilidade.

Com este estudo conclui-se que é possível prevenir quedas sem que isso signifique restrição de movimentos e de atividades prazerosas dos idosos. Para isso, se faz necessário investir fortemente em uma cultura de prevenção, reestruturando o ambiente onde o idoso vive e orientando-o sobre a importância dos cuidados, bem como sobre as implicações que uma queda pode provocar. O enfoque da prevenção deve ser baseado no diálogo e na afetividade, uma vez que o objetivo é que os idosos vivam com segurança e o mais satisfatoriamente possível, mesmo que apresentem limitações físicas decorrentes da passagem do tempo.

HOUSEHOLD FALLS: HEALTH IMPLICATIONS OF ELDERLY WHO REQUIRED HOSPITAL CARE

ABSTRACT: Quantitative research with overall objective to know the implications of household falls on the health of the elderly who required hospital care in Erechim-RS. Specific objectives: identify the causes of falls; investigate time of hospitalization; Verify a result and degree of commitment. Data collection took place between March and April 2011, in groups of third age, asylum institution and basic health units, through the questionnaire and semi-structured interview, analyzed by descriptive statistics. The sample consisted of 35 elderly, 29 female and 6 male, who presented household falls between 2009 and 2010. The results 43% are related to environment, hip fracture in 22% of respondents, 37% fell in the courtyard of their houses, 69% have home adaptation as prevention. Through the data we concluded that it is not possible to totally avoid falls, prevention being a highly effective way to ensure quality of life and autonomy.

Keywords: Aging. Falls. Health. Limitations.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96, pesquisa envolvendo seres humanos.** 1996. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 fev. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 19, 2006.

BRITO, D. **Pesquisa do IBGE aponta envelhecimento da população brasileira.** 2009. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u625333.shtml>. Acesso em: 26 fev. 2010.

BRITO, F. C.; COSTA, S. M. N. Quedas. In: PAPALÉU NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria:** epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico. Controle terapêutico. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, A. M. **Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos**. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 82p. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007605&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 12 abr. 2011.

DIOGO, M. J. D. E. Modalidades de Assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000.

FERREIRA, V. **Atividade física na terceira idade:** o segredo da longevidade. Rio de Janeiro: Sprint, 2003.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FULFARO, M. **Como prevenir quedas**. 2011. Disponível em: <http://www.marianaterapeutaocupacional.com/como-prevenir-quedas/>. Acesso em: 26 abr. 2011.

GUIMARÃES, L. H. T. C. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 2, abr./jun. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010:** população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766>. Acesso em: 6 maio 2011.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOVI, N. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2000.

PERRACINI, M. R. **Prevenção e Manejo de quedas em idosos**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SOUZA, J. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no Idoso. **Revista Associação Medica Brasileira,** v. 48, n. 1, jan./mar. 2002.

VELASCO, C. G. **Aprendendo a envelhecer:** à luz da psicomotricidade. São Paulo: Phorte, 2006.

VERNON, M. S. Acidentes com o idoso. In: REICHEL, W. et al. **Assistência ao Idoso:** aspectos clínicos do envelhecimento. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia:** um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.