



**IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE DEPENDÊNCIA,
DOS MECANISMOS DE QUEDA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS.**

LARISSA MAIA SANTOS

LORENA ROSA DE MELO

2019

TERESINA – PI



**IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE DEPENDÊNCIA,
DOS MECANISMOS DE QUEDA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS.**

Larissa Maia Santos

Lorena Rosa de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito parcial para
obtenção do título de graduado em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Cintia Maria de Melo
Mendes

FICHA CATALOGRÁFICA

S237i Santos, Larissa Maia.

Idosos vítimas de queda: uma análise do grau de dependência, dos mecanismos de queda e suas principais consequências / Larissa Maia Santos; Lorena Rosa de Melo. – Teresina: Uninovafapi, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Cintia Maria de Melo Mendes; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2019.

36. p.; il. 23cm.

Monografia (Graduação em Medicina) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2019.

1. Serviços de saúde para idosos. 2. Classificação internacional de funcionalidade. 3. Incapacidade e saúde. 4. Idoso fragilizado. 5. Idoso. I. Título. II. Melo, Lorena Rosa de. III. Mendes, Cintia Maria de Melo.

Catálogo na publicação

Antonio Luis Fonseca Silva – CRB/1035

Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1028



**IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE DEPENDÊNCIA,
DOS MECANISMOS DE QUEDA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS.**

**ELDERLY FALL VICTIMS: AN ANALYSIS OF THE DEPENDENCE DEGREE,
FALL MECHANISMS AND THEIR MAIN CONSEQUENCES.**

**VÍCTIMAS ANTIGUAS DE CAÍDA: UN ANÁLISIS DEL GRADO DE
DEPENDENCIA, MECANISMOS DE CAÍDA Y SUS PRINCIPALES
CONSECUENCIAS.**

Larissa Maia Santos¹
Lorena Rosa de Melo²
Cintia Maria de Melo Mendes³

1 Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Uninovafapi, Bloco 12. Endereço:, Bairro: Uruguai, CEP:., Teresina - Piauí. E-mail:

2 Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Uninovafapi, Bloco 12. Endereço: Rua Espírito Santo, 1286, Bairro: Acarape, CEP: 64003-750, Teresina - Piauí. E-mail: lorenarosa89@yahoo.com.br

3 Professora Doutora no Centro Universitário Uninovafapi. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina – Piauí. E-mail: cintiamendes@novafapi.com.br

RESUMO

IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE DEPENDÊNCIA, DOS MECANISMOS DE QUEDA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS.

As quedas em idosos são um problema de saúde pública devido a elevada morbimortalidade e o aumento de recursos financeiros e psicológicos com os envolvidos. Objetiva-se identificar o perfil sociodemográfico dos caidores, os mecanismos comuns do acidente, relacionar o grau de dependência com os mecanismos de queda e as principais consequências. Os resultados mostram que as quedas aumentam conforme a idade do indivíduo e quanto menor a sua renda mensal. Grande parte dos idosos mora com cônjuge ou familiares e são acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Parte das quedas foi com dependentes parciais durante atividades diárias e em ambiente domiciliar no período da manhã. Algumas quedas poderiam ser evitadas com a ESF, cujo acesso não foi restrito.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde para Idosos; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Idoso Fragilizado; Idoso.

ABSTRACT

ELDERLY FALL VICTIMS: AN ANALYSIS OF THE DEPENDENCE DEGREE, FALL MECHANISMS AND THEIR MAIN CONSEQUENCES.

Falls in the elderly are a public health problem due to the high morbidity and mortality and increased financial and psychological resources with those involved. The main goals of this work are to identify the sociodemographic profile of the fallers, the common mechanisms of the accident, to relate the degree of dependence to the fall mechanisms and the main consequences. The results show that falls increase with the age of the individual and their lower monthly income. Most of the elderly live with a spouse or family member and are accompanied by the Family Health Strategy (FHS). Part of the falls were with partial dependents during daily activities and at home in the morning. Some falls could be prevented with the FHS, whose access was not restricted.

KEYWORDS: Health Services for the Elderly; International Classification of Functioning, Disability and Health; Frail Elderly; Old man.

RESUMEN

VÍCTIMAS ANTIGUAS DE CAÍDA: UN ANÁLISIS DEL GRADO DE DEPENDENCIA, MECANISMOS DE CAÍDA Y SUS PRINCIPALES CONSECUENCIAS.

Las caídas en los ancianos son un problema de salud pública debido a la alta morbilidad y mortalidad y al aumento de los recursos financieros y psicológicos con los involucrados. El objetivo es identificar el perfil sociodemográfico de los fallers, los mecanismos comunes del accidente, para relacionar el grado de dependencia con los mecanismos de caída y las principales consecuencias. Los resultados muestran que las caídas aumentan con la edad del individuo y disminuyen sus ingresos mensuales. La mayoría de los ancianos viven con un cónyuge o familia y están acompañados por la Estrategia de salud familiar (ESF). Parte de las caídas fueron con dependientes parciales durante las actividades diarias y en el hogar por la mañana. Algunas caídas podrían prevenirse con el FHS, cuyo acceso no estaba restringido.

PALABRAS CLAVE: Servicios de salud para ancianos; Clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud; Ancianos frágiles; Viejo hombre

INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS, queda é o movimento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com a incapacidade de corrigi-lo de maneira oportuna (VIEIRA *et al.*, 2018).

A incidência de quedas, aumenta com a idade e varia de acordo com a situação funcional de cada indivíduo e, conseqüentemente, pode-se considerar como um problema de saúde pública entre os idosos, grupo que compreende indivíduos com mais de 60 anos em países em desenvolvimento. (FREITAS, 2017)

Para Maciel *et al.* (2010) a queda é caracterizada como uma síndrome geriátrica, sendo considerada um evento multifatorial e heterogêneo, que se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.

O risco de queda depende da quantidade de fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, tem-se as doenças crônicas e as mudanças associadas à idade, como a perda sensorial, redução no processamento do sistema nervoso central (SNC), diminuição da resposta motora e outros fatores temporais, como doenças agudas ou mudanças em medicações. (FREITAS, 2017)

Entre os fatores extrínsecos, inclui-se o meio ambiente por onde transita o idoso, sua acessibilidade, e o seu comportamento de risco. Assim, são considerados aspectos como o local por onde este indivíduo se locomove, suas condições estruturais e a sua relação com o ambiente. Assim, inclui-se cômodos em sua residência ou vias públicas, condições como: desnível de piso, falta de iluminação, banheiros sem apoio, escadas sem corrimão, entre outros e comportamentos como subir em objetos móveis, em árvores ou no telhado. (MORAES *et al.*, 2017)

Segundo Bukasman S. *et al.* (2008), o trauma tem importância nos índices de mortalidade na faixa etária maior que 65 anos e a queda é responsável por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos. Dentre a fratura associada à maior morbimortalidade está a fratura de fêmur. Outros indicadores ainda podem aumentar tempo de internação ou culminar em morte pós-hospitalização, como pneumonia, infarto do miocárdio e tromboembolismo pulmonar.

Consequentemente, há a necessidade de terapia multiprofissional de maior complexidade que onera os gastos com saúde pública, bem como há a redução da qualidade de vida do caidor, que, após a primeira queda, tende a aumentar sua dependência funcional.

Segundo Nunes (2004 *apud* IBGE, 2015), o perfil epidemiológico dos idosos é bastante diferenciado dos jovens e adultos, exigindo mais recursos, tanto pelo custo dos procedimentos, como principalmente pelo maior nível de utilização hospitalar desse grupo. Portanto, ultimamente, temas relacionados às políticas públicas e ações de proteção de cuidados específicos para idosos vêm adquirindo relevância

Após a primeira queda, os idosos estão mais propensos ao segundo evento, devido aos aspectos psicossociais, emocionais e físicos adicionais aos fatores de risco preexistentes desde o primeiro acidente. Isso ocorre porque há a diminuição da funcionalidade após o primeiro evento, o que envolve o comprometimento das atividades de cuidados pessoais e atividades instrumentais de vida diária, as quais requerem complexas tarefas físicas e mentais do cotidiano.

Autores consideram que por meio da manutenção da autonomia e independência é possível melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Entende-se por autonomia como a capacidade de decisão e comandos, diferentemente de independência, que é definida como capacidade de realizar algo por seus próprios meios. As atividades básicas de vida diária, que relacionam ao autocuidado, e as atividades instrumentais de vida diária, que são a forma como o idoso utiliza os recursos do seu meio ambiente podem ser medidas por meios de escalas de avaliação geriátrica e quantificando o grau de dependência basal dos idosos e após a queda. (FREITAS, 2017)

Portanto, é importante compreender de forma holística a problemática, para que se minimize a morbimortalidade de idosos vítimas de queda. A implementação de políticas de saúde preventivas, tais como a ampliação do acesso desses indivíduos ao atendimento multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, a capacitação dos profissionais do atendimento primário ao idoso e a adequação de espaços públicos e domiciliares para suas necessidades, reduziria os custos com atendimentos de maior complexidade.

Assim, este trabalho tem o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico de idosos vítimas de queda e os mecanismos mais comuns envolvidos no acidente, bem como o

de relacionar o grau de dependência dos idosos com os mecanismos de queda sofrido, as suas principais consequências e o número de quedas sofrido no último ano.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de delineamento transversal, o qual tem objetivos sempre relacionados com indivíduos em local e época demarcados. (KLEIN; BLOCH, 2006).

A coleta da amostra foi desenvolvida no Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha (HUT), que presta serviços de atendimento clínico e cirúrgico para diversas faixas etárias, no período de Outubro de 2018 a Março de 2019.

Em 2017, o HUT atendeu 10.095 pacientes idosos, destes 12,92% deram entrada nesse serviço como vítimas de queda (NHE - HUT, 2018).

Para efeito do cálculo do tamanho da amostra (n) tomou-se como parâmetro a percentagem de 12,92% de quedas com idosos atendidos no HUT em 2017, com margem de erro de 6% (E) e nível de confiança de 0,5% (Z=1,96). O tamanho da amostra fica:

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{E^2} = 1,96 \frac{0,1292 \times 0,8708}{0,06^2} = 122 \text{ idosos}$$

Foram incluídos na amostra os idosos cujo motivo de internação era acidentes por queda, que aceitassem participar da pesquisa. Foram excluídos os idosos com menos de 24 horas de internação, bem como os indivíduos alocados na Unidade de Terapia Intensiva, sala verde, laranja, vermelha e Unidades Críticas.

A coleta de dados ocorreu através de um formulário padronizado validado (APÊNDICE A), utilizando-se de perguntas sobre o perfil sociodemográfico, a caracterização do mecanismo de queda, segundo Moraes *et al.*, 2017, o tratamento realizado e a classificação do grau de dependência com base na escala de Lawton & Brody adaptada (SANTOS; VIRTUOSO; JUNIOR, 2008), na qual foram incluídas apenas perguntas que se relacionam à mobilidade do indivíduo.

Para fins de análise estatística, as informações colhidas foram transferidas para planilha Microsoft Excel e exportadas para o programa IBM SPSS Statistics 20, pelo qual foram processados os dados. A análise será do tipo descritiva, através da leitura das frequências absolutas (Nº) e relativas (%) quando se tratar de análise de variáveis categóricas. O teste estatístico para explorar associação será o qui-quadrado com nível de significância de 5%. Os

resultados serão expostos em tabelas e gráficos e analisados à luz do referencial temático para o estudo.

Os questionários foram respondidos após a assinatura o TCLE e não foram identificados, a fim de garantir o anonimato do entrevistado, minimizando os riscos de constrangimento e perda da confidencialidade do tratamento. A partir da melhor compreensão dos acidentes por queda em idosos, será possível subsidiar ações que possam evitar a problemática e suas possíveis complicações nesse público.

O presente estudo foi executado sem auxílio de financiamento institucional e/ou privado. Não há conflito de interesses, visto que os autores não receberam apoio político e/ou financeiro associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos por algum fabricante. Os aspectos éticos foram obedecidos segundo a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o qual foi submetido 03 de outubro de 2018, sob o número CAAE 98301918.2.0000.5210, número parecer 2.934.935.

RESULTADOS

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados (Tabela 1), nota-se prevalência de idosos do sexo feminino sobre o masculino, compreendendo 76,2% da amostra de 122 pacientes.

Foi encontrada correlação de idosos caídores com o aumento da faixa etária, observando-se que 40,2% possuem 80 anos ou mais, seguidos pelos indivíduos de 70 a 79 anos perfazendo 32,8%; e por fim, 27% da população com 69 anos ou menos.

Quanto a renda familiar, notou-se que 58 pacientes recebiam menos de 1 salário mínimo (47,5%); 44,3% possuía renda de 1 a 2 salários mínimos (44,3%) e 10 pacientes recebiam mais que 3 salários mínimos (8,2%).

Foram identificados que apenas 11 pacientes moram sozinhos. Destaca-se a amostra do estado civil união estável e casado perfazendo 33,6%. Dos que possuem cuidadores (59%), observou-se que a maior parcela está representada por filhos, noras ou genros (45,9%).

Ao relacionar os idosos que são acompanhados por algum serviço de saúde, observou-se que 85,2% eram acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, enquanto somente 18,9% recebiam seguimento com o médico geriatra.

Tabela 01- Análise descritiva dos dados sociodemográficos de idosos internados por queda em um hospital de urgências de referência no Nordeste. Teresina-PI (N:122)

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Gênero		
Masculino	29	23,8
Feminino	93	76,2
Faixa Etária		
≤ 69 anos	33	27,0
70 - 79 anos	40	32,8
≥ 80 anos	49	40,2
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	58	47,5
1 - 2 salário mínimo	54	44,3
≥ 3 salário mínimo	10	8,2
Estado Civil		
Solteiro	17	13,9
Casada	38	31,1
Divorciado	1	0,8
Separada	6	4,9
Viúvo	57	46,7
União Estável	3	2,5
Escolaridade		
Analfabeto	53	44,2
Alfabetizado	67	55,8
Arranjo Domiciliar		
Sozinho	11	9,0
Acompanhado	111	91,0
Cuidador		
Sim	72	59,0
Não	50	41,0
Quem é seu cuidador?		
Cônjuge	5	4,1
Filhos/Nora/genros	56	45,9
Netos	8	6,6
Outro Idoso	3	2,5
Outro familiar	3	2,5
Cuidador Particular	3	2,5
Outros	2	1,6
Nenhum	42	34,4
Acompanhado pela ESF		
Sim	104	85,2
Não	18	14,8
Acompanhado pelo Geriatra		
Sim	23	18,9
Não	99	81,1

Fonte: Pesquisa direta.

Dentre a frequência de queda entre os idosos em estudo (n: 122), 77 caíram apenas uma vez no último ano; restando 45 idosos que tiveram duas ou mais quedas no ano.

Já quanto a atitude da última queda (Tabela 02), os idosos foram categorizados em três grupos: aqueles que executavam atividades diárias (caíram da cama, da cadeira ou poltrona, da cadeira de banho e/ou vaso sanitário ou caíram da própria altura), havendo 111 pacientes; os que realizam atividades julgadas como de risco (caíram de uma árvore ou de uma escada ou de um telhado) foram apenas 2; e outros (caíram da rede) que foram em número de 9 caídores.

Tabela 02 - Análise descritiva da caracterização de quedas em idosos internados por queda em um hospital de urgências de referência no Nordeste. Teresina-PI (N:122)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Nº de Quedas		
= 1 quedas	77	63,1%
≥ 2 quedas	45	36,9%
Atitude da última queda		
Diária	111	91,0%
Risco	2	1,6%
Outros	9	7,4%

Fonte: Pesquisa direta.

Os idosos foram classificados como dependentes parciais, independentes e dependentes totais (Tabela 3). Ao relacionar com o número de quedas, encontrou-se 12 idosos independentes (9,8%) que caíram apenas uma vez no último ano e apenas 6 que caíram mais de uma vez; os caídores categorizados como dependentes parciais, 54 (44,3%) caíram uma vez no último ano e 30 caíram duas vezes ou mais; por fim, os classificados como dependentes totais, totalizaram 20 idosos, sendo 09 os que caíram mais de uma vez e 11 os que caíram apenas uma vez.

Quando relacionado ao turno do dia que esses idosos caíram, temos que 30 idosos (24,6%) com certo grau de dependência caíram no turno da noite; 07 (5,7%) participantes independentes caíram nos turnos da manhã e 07 idosos no período da tarde; enquanto que os caídores com dependência total que caíram pela manhã totalizam 6,6%.

Quanto as circunstâncias da queda, os idosos em análises foram divididos em quatro grupos: os que tropeçaram, os que escorregaram, os que perderam equilíbrio e outras circunstâncias. Ao relacionar com a classificação funcional, 29,5% dos idosos com dependência parcial perderam o equilíbrio; 7,4% dos idosos categorizados como independentes tropeçaram; e 4,9% dos dependentes totais escorregaram.

Ao fazer análise do local que esses pacientes caíram, 14,8% dos participantes com dependência parcial caíram no pátio ou quintal de casa; dentre os independentes, 4,1% caíram

em uma rua ou avenida; já entre os classificados como dependentes totais, 6,6%, caíram em dormitório ou quartos.

No tocante às negligências, foram divididas em quatro categorias: negligência estrutural (falta de iluminação adequada, pisos irregulares, pisos escorregadios ou molhados, escadarias sem corrimão, banheiro sem apoio/barra), negligência dos cuidados ou orientações (tapetes soltos, objetos no chão, animais domésticos, subir em objeto/móvel para alcançar algo no alto), negligência de ambas as categorias anteriores e nenhuma influência das negligências para a queda. A população dos dependentes parciais sofreu com as negligências estrutural e dos cuidados isoladamente em partes iguais, perfazendo 25 vítimas (20,5%) em cada categoria. Os idosos independentes sofreram mais com a negligência estrutural do que com a dos cuidados ou orientações, a primeira com 07 idosos (5,7%) e a última com 4,9% (06 idosos). Entre os caídores com dependência total, 9,0% deles não se enquadraram em nenhum relato de negligência que corroborou com suas quedas.

Tabela 03 – Relação da classificação do grau de dependência e da caracterização da queda sofrida em idosos internados por queda em um hospital de urgências de referência no Nordeste. Teresina-PI (N:122)

	Classificação					
	Dependência Parcial		Independente		Dependente Total	
	Freq . (n)	Porcentage m (%)	Freq . (n)	Porcentage m (%)	Freq . (n)	Porcentage m (%)
Número de quedas						
= 1 quedas	54	44,30%	12	9,80%	11	9,00%
≥ 2 quedas	30	24,60%	6	4,90%	9	7,40%
Classificação da última queda						
Diária	75	61,50%	16	13,10%	20	16,40%
Risco	2	1,60%	0	0,00%	0	0,00%
Outros	7	5,70%	2	1,60%	0	0,00%
Característica da queda						
Caiu para um dos lados	47	38,50%	7	5,70%	14	11,50%
Caiu para frente	21	17,20%	6	4,90%	0	0,00%
Caiu para trás	12	9,80%	3	2,50%	1	0,80%
Caiu de joelho	0	0,00%	1	0,80%	1	0,80%
Caiu sentado	4	3,30%	1	0,80%	4	3,30%
Período do dia que ocorreu a queda						
Manhã (6 - 12h)	28	23,00%	7	5,70%	8	6,60%
Tarde (12 - 18h)	26	21,30%	7	5,70%	5	4,10%
Noite (18 - 6h)	30	24,60%	4	3,30%	7	5,70%
Circunstância da queda						
Tropeçou	11	9,0%	9	7,4%	1	0,8%
Escorregou	30	24,6%	6	4,9%	6	4,9%
Perdeu o equilíbrio	36	29,5%	2	1,6%	11	9,0%

Outros	7	5,7%	1	0,8%	2	1,6%
Onde caiu						
Pátio / Quintal	18	14,8%	5	4,1%	2	1,6%
Dormitório / Quarto	17	13,9%	3	2,5%	8	6,6%
Sala	7	5,7%	0	0,0%	4	3,3%
Banheiro	10	8,2%	0	0,0%	4	3,3%
Calçada	7	5,7%	4	3,3%	0	0,0%
Rua / Avenida	10	8,2%	5	4,1%	0	0,0%
Outros	15	12,3%	1	0,8%	2	1,6%
Negligências						
Estrutural	25	20,5%	7	5,7%	5	4,1%
Cuidados/Orientações	25	20,5%	6	4,9%	4	3,3%
Ambos	9	7,4%	1	0,8%	0	0,0%
Nenhum	25	20,5%	4	3,3%	11	9,0%

Fonte: Pesquisa direta.

Já na Tabela 04, entre os idosos participantes dessa pesquisa, 106 (86,9%) sofreram fraturas fechadas; 23 (18,9%) tiveram escoriações; 06 (4,9%) sofreram fraturas tipo expostas; 06 (4,9%) deles tiveram entorse e luxações; 04 (3,3%) sofreram lesões neurológicas. Quanto ao local da fratura, dentre a amostra pesquisada, 49 fraturaram o fêmur; 25 deles lesionaram o úmero; 10 fraturaram a bacia.

Tabela 04 - Análise descritiva das consequências das quedas em idosos internados por queda em um hospital de urgências de referência no Nordeste. Teresina-PI (N:122)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Lesões decorrentes da queda		
Escoriações	23	18,9%
Fratura tipo fechada	106	86,9%
Fratura tipo exposta	6	4,9%
Entorse e luxação	6	4,9%
Lesão neurológica	4	3,3%
Outras	1	0,8%
Local fraturado		
Fêmur	49	40,1%
Bacia	10	8,1%
Úmero	25	20,4%
Punho	6	4,9%
Costela	0	0%
Face	1	0,8%
Outros	28	22,9%
Nenhuma	6	4,9%
Teve TCE		
Sim	10	8,2%
Não	112	91,8%

Fonte: Pesquisa direta.

No tocante a ter sofrido trauma crânio encefálico (TCE), 8,2% dos idosos estudados sofreram TCE. Entre estas vítimas, 7 (5,7%) eram participantes com dependência parcial, 02 (1,60%) eram funcionalmente independentes e 01 (0,8%) era dependente total.

Já quanto a realizar cirurgia por conta da queda sofrida, 76 (62,3%) dos caídores dependentes parciais necessitaram de cirurgia, frente a 18 (14,8%) dos dependentes totais e 16 (13,1%) dos independentes.

Tabela 05 – Relação da classificação do grau de dependência e de consequências das quedas com maior grau de gravidade em idosos internados por queda em um hospital de urgências de referência no Nordeste. Teresina-PI (N:122)

	Classificação					
	Dependência Parcial		Independente		Dependente Total	
	F(n)	P (%)	F(n)	P (%)	F(n)	P (%)
Teve TCE						
Sim	7	5,70%	2	1,60%	1	0,80%
Não	77	63,10%	16	13,10%	19	15,60%
Você precisa realizar Cirurgia						
Sim	76	62,3%	16	13,1%	18	14,8%
Não	8	6,6%	2	1,6%	2	1,6%

Fonte: Pesquisa direta.

DISCUSSÃO

Assim como o identificado neste estudo, dados epidemiológicos sobre quedas em idosos evidenciaram maior percentual do acidente nos indivíduos do sexo feminino. Alguns autores correlacionam esse resultado com a maior ocorrência de osteoporose pós-menopausa e da menor quantidade de massa magra e força muscular deste grupo em relação aos homens da mesma idade, bem como com o comportamento de risco das mulheres com atividades domésticas diárias e maior frequência de doenças crônicas, no geral, predispondo à polifarmácia e ao risco de hipotensão postural, síncope, vertigens, entre outros efeitos adversos que aumentem a fragilidade deste grupo. (COSTA; ENEIDA; FILGUEIRAS, 2012)

É possível relacionar maior evidência de caídores à medida que a faixa etária aumenta. Estudos responsabilizam por esse resultado as alterações estruturais e funcionais que progridem com o decorrer da idade, como a redução da resposta neuromotora ao equilíbrio postural e a fragilidade muscular por sarcopenia, além de alterações visuais e doenças osteoarticulares compatíveis com a faixa etária. (PRATO *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2014)

Prato *et al.* (2017) descreveu predominância de acidentes por queda na faixa etária de 65 anos ou mais. Fabrício *et al.* (2004) identificou a média de idade dos caídores de 76 anos, faixa etária também citada por Moraes *et al.* (2017), o qual relaciona também o aumento do número de quedas proporcional ao aumento da idade a partir dos 80 anos.

Segundo Rocha *et al.* (2010), os idosos não estão expostos somente à vulnerabilidade biológica, como as doenças crônicas, a fragilidade muscular e óssea, a polifarmácia, mas também à vulnerabilidade social. Parte desse grupo social que possui restrito acesso aos meios de comunicação, baixa escolaridade e pouca disponibilidade de recursos e materiais, tem o precário acesso a recursos que mantenham a sua saúde e qualidade de vida e seu autocuidado. Além disso, há a exposição à vulnerabilidade programática/institucional, como a falta de informação sobre a prevenção do problema e a devida implantação das medidas do Programa Nacional de Saúde do Idoso.

Em relação aos recursos financeiros, os que recebiam menos de um salário mínimo fazem parte de 47,5% da amostra, seguido pela renda de 1 a 2 salários em 44,3%, o que influencia na manutenção da qualidade de vida e custeio de medicamentos e terapias necessárias na terceira idade. Quanto a educação, declararam-se analfabetos 44,2% fator que influencia no autocuidado e na adoção de medidas preventivas.

A convivência intergeracional criada pela convivência domiciliar com filhos, netos e cônjuge pode reduzir a vulnerabilidade social, devido a rede de apoio ao idoso e a busca pelo bem-estar social do núcleo familiar. (ROCHA, 2010).

Em relação ao arranjo domiciliar, 91% da amostra pesquisada no presente estudo moram acompanhados e 72% possui cuidador, sendo a maior parte representada por filhos, genro e nora.

Segundo Araújo *et al.* (2014), o cuidado mútuo entre os parceiros pode reduzir a ocorrência de quedas entre os que vivem com o companheiro, fator que pode justificar a menor proporção de acidentados nos grupos que compreendem indivíduos casados ou com união estável deste estudo.

Grande parte dos pesquisados possuíam acompanhamento com o médico da Estratégia Saúde da Família (ESF), embora o esperado fosse que a abrangência de serviço básico de saúde seria capaz de prevenir os acidentes por queda em idosos. Em um estudo envolvendo cuidadores informais de idosos vítimas de queda, identificou-se que 14,6% da

amostra tinham conhecimento sobre prevenção de quedas advindas dos profissionais da atenção básica, enquanto 42,7% relatavam ter buscado a informação em jornais e revistas. (AVILA *et al.*, 2015)

Gaweuszewski (2010) sugere medidas como adoção de programas de prescrição de medicação para idosos voltados para médicos da atenção básica e de exame rotineiro dos déficits musculoesqueléticos, visuais, cognitivos que podem ser compensados precocemente.

Nota-se, portanto, que os fatores: morar acompanhado, ter cuidador e ser acompanhado pela ESF, não foram capazes de prevenir por si só a problemática exposta, sem que haja mudanças comportamentais de todos os envolvidos.

A história pregressa de queda anterior é considerada pela literatura como fator de risco para acontecimento de novas quedas. Familiares, cuidadores e idosos relatam que há um aumento da dificuldade do paciente em desempenhar sozinho as atividades de vida diárias após a alta hospitalar. (BUKASMAN *et al.*, 2008)

Atividades mais prejudicadas são deitar ou levantar da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, cortar as unhas dos pés, realizar compras, usar transporte coletivo e subir escadas. Isso ocorre pelo medo de voltar a cair sentido pelo idoso, caracterizado por alguns autores como “*síndrome do pós-queda*”.

Após a queda, há redução das atividades de vida diárias do idoso em virtude do medo de cair novamente e/ou atitudes protetoras de familiares e cuidadores, bem como instalação de estados depressivos, mau controle da dor, baixa auto-estima, vergonha pela situação de dependência, entre outros fatores. Nesse contexto, reduz a funcionalidade e mobilidade desses indivíduos, predispondo ao aumento da fraqueza muscular e a novas quedas. (ARAUJO *et al.*, 2014; MORAES *et al.*, 2017)

Assim, apesar de menor parcela de idosos terem sofrido mais de uma queda (36,9%), foi encontrado uma parcela maior de indivíduos (63,1%) que apresentam após essa internação fator de risco adicional, além dos já preexistentes, para a reincidência do evento.

Portanto, faz-se necessário a orientação dos cuidadores, familiares e idosos pelos profissionais de saúde sobre a importância de aderir atitudes de autocuidado e abandonar atitudes de risco. Além disso, deve-se adequar os ambientes pelos quais transitam esses indivíduos, principalmente, os domiciliares, além do encaminhamento à atenção básica para reavaliação do grau de dependência basal desses idosos.

Em coerência com muitos estudos, identificou-se 111 quedas relacionadas às atividades diárias (91% da amostra). Em um estudo qualitativo com 22 idosos, identificou que 85% da amostra sofreu queda ao realizar atividades rotineiras, 70% da amostra caiu em ambiente domiciliar. Isso porque o idoso diminui o autocuidado no domicílio onde se sente seguro por ser um ambiente familiar, arriscando-se ao desempenhar algumas atividades domésticas.

Em um estudo com 299 idosos comunitários de Barueri vítimas de queda, a maior parte dos indivíduos que estavam abaixo da média no desempenho das atividades instrumentais de vida diária caíram. Não houve relação da dependência com a circunstância da queda em semelhança ao presente estudo. (MORAES *et al.*, 2017)

Neste mesmo estudo, foi associado a capacidade funcional ao maior risco de cair, quando idosos menos dependentes se arriscam mais diariamente que os mais frágeis. A maioria dos pacientes apresentaram queda por perda de equilíbrio (35,8%) ou tropeço (26,4%), caindo para frente (35,8%) ou para um dos lados (26,4%). A maior parte da amostra acidentou-se em ambiente domiciliar pelo turno da manhã. (MORAES *et al.*, 2017)

Em semelhança ao exposto, na pesquisa realizada os indivíduos dependentes parcial e total permeiam a maior parte do número de quedas deste estudo, onde o turno mais encontrado entre os acidentes foi o da manhã e a característica da queda mais comum em todos os níveis de classificação funcional manteve-se queda para um dos lados.

Em um estudo com 1182 idosos na Arábia Saudita, foi encontrado que 53% da amostra caiu uma vez em um ano, com a principal característica da queda para um dos lados (31%) e, em segundo lugar, queda para frente (30%). A maior parte da amostra caiu no turno da tarde (30%) seguida da manhã (28%), em ambiente domiciliar (77%), principalmente no banheiro e na fachada de casa. (ALMEGBEL *et al.*, 2018)

Encontrou-se na presente pesquisa que o ambiente mais comum foi o domiciliar em todos os graus de dependência, ficando os dependentes parcial e independentes com quantidade considerável de acidentes em ambiente externo. Em todos os níveis funcionais, a queda não ocorreu por um comportamento de risco, mas, em geral, como queda da própria altura, ou seja, inserida na classificação de comportamento diário.

Pode-se compreender, portanto, que não é comportamento de risco que aumenta a queda entre os idosos, mas a exposição ambiental e a consciência corporal, psicossocial e

emocional. Há a dificuldade de assumir as limitações da idade e adotar atitudes de autocuidado preventivas entre os idosos independentes ou em perda de sua funcionalidade. (SILVA *et al.*, 2007)

Como circunstância da queda, as vítimas que perderam o equilíbrio (49 indivíduos) e escorregaram (42 pacientes) estão associados a indivíduos dependentes parciais e totais. Em contrapartida, os indivíduos independentes, em sua maioria, tropeçam ao cair.

Isso se justifica devido a associação da baixa instrumentalidade às modificações da senescência, na qual há alteração da postura, apresentando rigidez corporal com base alargada, passos curtos e diminuição da propriocepção e do funcionamento normal do sistema vestibular. O sistema muscular recebe redução no volume e número de fibras, causando redução da força e volume muscular progressivo com o aumento da idade. Outros aspectos intrínsecos, como já citado, aumentam o risco para o acidente. (FREITAS, 2017)

A relação do grau de dependência com o número de quedas no último ano mostrou que idosos dependentes parciais e totais caíram mais vezes. Os idosos que possuem algum grau de atividade instrumental diária estão mais susceptíveis aos acidentes, por estarem em menor supervisão familiar e de cuidadores que os dependentes totais. Como já citado, há evidências de que após a primeira queda, os idosos reduzem o grau de suas atividades diárias, aumentando a imobilidade, tornando-se mais frágeis e vulneráveis.

O risco de queda aumenta progressivamente a medida em que aumenta a dependência do idoso, bem como após a primeira queda esses indivíduos há a perda da confiança em deambular com segurança, medo de cair novamente em 30 a 75% dos casos, depressão, isolamento social, dor, imobilidade e multifatores, diminuindo a capacidade funcional desse grupo. (BUKASMAN *et al.*, 2008)

Portanto, a associação do risco de queda e dependência funcional é criticada por alguns autores. Segundo Antunes *et al.* (2018), essa relação pode estar sujeita a viés de causa e efeito, pois quedas podem aumentar a incapacidade funcional assim como o grau de dependência é proporcional a limitação das atividades e podem decorrer em mais quedas.

O presente estudo considerou negligência estrutural as quedas devido falta de iluminação adequada, piso com buracos ou desnivelado, degrau alto, escada sem corrimão e banheiros sem apoio, enquanto a negligência dos cuidados, tapetes soltos, objetos no chão, pisos

escorregadios, animais domésticos, subir em um objeto ou móvel para alcançar algo, ou seja, consequência da falta de autocuidado ou do zelo de cuidadores e familiares.

Um estudo com 31 idosos em uma comunidade de Lisboa, Portugal, identifica obstáculos domiciliares que aumentam o risco de queda. Dentre eles, estão relacionados: banheiro sem barra (90%) presença de tapetes soltos (66,1%), animais no interior da casa (38,7%), pavimento irregular no interior (19,4%). (OLIVEIRA; BAIXINHO; HENRIQUES, 2018)

Em Uberaba, MG, um estudo com 206 idosos, encontrou alta prevalência em pisos escorregadios (34,7%), alto degrau e desnível (28,9%), objetos no chão (17,4%) e, em menor número, os indivíduos que subiram em algum objeto para alcançar algo (11,8%) e a falta de iluminação adequada (7,2%). (NASCIMENTO; PAIVA; TAVARES, 2017)

Segundo esta pesquisa, não foi encontrado relação importante entre as negligências e o grau de dependência, visto que ambos os tipos de negligência foram encontrados em níveis percentuais semelhantes nos dependentes parciais e independentes. Os idosos dependentes totais caem independentemente desse aspecto. Portanto, aspectos ambientais estruturais, psicoemocional e social tem mesmo grau de importância na prevenção deste problema.

Quanto às lesões consequentes das quedas, a algumas pesquisas citam escoriações ou contusões em primeiro lugar, seguido de fraturas. (ARAÚJO, 2014; NASCIMENTO, 2017)

A literatura prevê que 40 a 60% dos episódios irão resultar em algum tipo de lesão. As fraturas fazem parte de 5% das lesões, sendo as mais comuns de vértebras e em seguida no fêmur, úmero, rádio distal e costelas. (BUKASMAN *et al.*, 2008)

Uma análise observacional com 206 idosos em uma unidade básica de saúde, encontrou 57,14% das fraturas nos membros superiores, 28,57% nos membros inferiores e o restante na cabeça ou pelve. (ALVES *et al.*, 2017)

Uma amostra estudada composta por 50 idosos vítimas de queda internados em hospitais universitários relacionou queda com aumento da mortalidade do grupo, sendo parte dos óbitos (28%) antes do primeiro mês de internação hospitalar e 42,8% após um mês. Dentre os indivíduos com longo período de internação, a maioria foi relacionada a fratura de fêmur, pelo maior risco de embolia, e lesões neurológicas. Outras complicações como confusão

mental, pneumonia, úlcera de decúbito podem ser responsáveis pelo aumento da mortalidade em um ano após o acidente. (FABRÍCIO *et al.*, 2004)

Outro estudo encontrou entre a amostra de 167 idosas vítimas de queda atendidos em hospital de urgência em Fortaleza, Ceará, que em mais de 90% dos acidentes resultaram em fraturas do tipo fechada e o restante em fraturas expostas. Dentre o osso acometido, o fêmur ocupava 59,88% dos pesquisados seguido de fratura de crânio, rádio, ulna, coluna, úmero, pelve e outros ossos em menor número. Houve intervenção cirúrgica em 79% dos casos e 1% obtiveram óbito no primeiro dia de internação. (FILGUEIRAS *et al.*, 2007)

Identificou-se, neste estudo, maior percentual de fraturas e necessidade de cirurgia como plano terapêutico após o acidente, o que pode estar associado ao local da pesquisa, no qual se encontram pacientes com maior nível de gravidade de lesões e necessidade cirúrgica.

Dentre as fraturas, encontra-se maior parcela em fêmur e úmero. Esses indivíduos necessitaram de intervenções cirúrgicas e multiprofissionais e, como já exposto, além do aumento da morbimortalidade, serão candidatos mais vulneráveis a outro evento de queda. Não foi encontrada associação importante entre nível funcional dos indivíduos estudados e ter TCE ou necessidade de intervenção cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo foi possível concluir que o trauma tem suma importância nas taxas de mortalidade entre os idosos com mais de 65 anos, sendo a queda responsável por grande parte das mortes acidentais em caídores com mais de 75 anos.

De tal forma, é de grande relevância a necessidade de orientação dos cuidadores, familiares e idosos pelos profissionais de saúde sobre a importância de aderir atitudes de autocuidado e evitar atitudes de risco. Associado a isso, deve-se adequar os ambientes pelos quais transitam esses indivíduos, principalmente, os domiciliares, além do encaminhamento à atenção básica para reavaliação do grau de dependência basal desses idosos.

Requerendo dos órgãos governamentais a elaboração de políticas de saúde preventivas, tais como a ampliação do acesso desses indivíduos ao atendimento multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, a capacitação dos profissionais do atendimento primário ao idoso e a adequação de espaços públicos e domiciliares para suas necessidades, diminuindo, assim, os custos com atendimentos de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

- VIEIRA, L. S. et al. Falls among older adults in the South of Brazil Vieira. **Revista de Saúde Pública.** v.52, n.22, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489998>>. Acesso em: 24 de maio de 2018.
- FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- MACIEL, S.S.S.V. et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras, utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 54 (1): 25-31, jan.-mar. 2010. Disponível em: <http://amrigs.org.br/revista/54-01/09-470_perfil_epidemiologico.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2018.
- MORAES A.S., SOARES W.J.S, LUSTOSA LP, BILTON TL, FERRIOLI E, PERRACINI MR. **Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(5): 693-704.
- BUSKAMAN, S. et al. **Projeto Diretrizes: quedas em idosos: prevenção.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2008. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/quedas-em-idosos_prevencao.pdf>. Acesso: 20 de maio de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de 2015. Brasília, 2016.
- SANTOS, R.L.; VITUOSO Jr, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** 21 (4; 290-6). 2008
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 03 out. 2019.
- COSTA, A.M.R.; ENEIDA, M.O.X.; FILGUEIRAS, M.C. Perfil epidemiológico de idosos com fraturas atendidos em hospital de emergência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 10, nº 34, out/dez 2012.
- PRATO, S.C.F.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S., DIP, R.M.; SANTOS, H.G.; DELLAROZA, M.S.G. Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. **Rev. Saúde Pública.** 2017; 51:37. Disponível em: < www.fsp.usp.br/rsp >. Acesso em 05 de junho de 2019.
- ARAÚJO, S.P.; MAIA, J.R.P.; VIEIRA, J.N.L.; SOARES, K.V.B.C.; DIAS, R.S. Características e ocorrências das quedas em idosos residentes em são luís, maranhão. **Rev Pesq Saúde**, 15(3): p. 331-335, set-dez, 2014.
- ROCHA, L.; BUDÓ, M.L.D.; BEUTER, M.; SILVA, R.M.; TAVARES, J.P. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Esc Anna Nery (impr.).** v.14, n. 4, p. 690-696, out-dez 2010.

AVILA, M.A.G.; PEREIRA, G.J.C.; BOCCHI, S.C.M. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1901-1907, 2015. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-81232015206.17202014 >. Acesso em 28 de maio de 2019.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 56, n. 2, p. 162-167, São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200013> >. Acesso em: 25 de maio de 2019.

ALMEGBEL, F.Y.; ALOTAIBI, I.M.; ALHUSAIN, F.A.; MASUADI, E.M.; AL SULAMI, S.L.; ALOUSHAN, A.F. Period prevalence, risk factors and consequent injuries of falling among the Saudi elderly living in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. **BMJ Open**. 2018. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/>>. Acesso em 01 Junho de 2019.

ANTUNES, JFS.; CAMPANHARO, C.R.V.; LOPES, M.C.B.T.; BATISTA, R.E.A.; OKUNO, M.F.P. Association of functional capacity with risk of falling in the older adults in emergency servise. **Rev Rene**. São Paulo, 2018;19. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32654/pdf> >. Acesso em 02 de Junho de 2019.

OLIVEIRA, T.; BAIXINHO, C.L.; HENRIQUES, M.A. Risco multidimensional de queda em idosos. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v.31, n.2, p. 1-9, abr./jun., 2018.

NASCIMENTO, J.S.; PAIVA, M.M.; TAVARES, D.M.S. Avaliação das características das quedas entre idosos comunitários. **Rev Enferm Atenção Saúde**. v.6, n.1, p 95-106. jan./jun. 2017.

ALVES, R.L.T.; MOREIRA E SILVA, C.F.; PIMENTEL, L.N.; COSTA, I.A.; SOUZA, A.C.S.; COELHO, L.A.F. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 59-69, 2017.

FILGUEIRAS, M.C.; SANTIAGO, F.R.; SANTIAGO, H.A.R.; VIEIRA, L.J.E.S. Fraturas em idosos decorrentes de quedas registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. v.20, n.4, p. 226-232, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/1031>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

1-4



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS
HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ- UNINOVAFAPI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS E PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA”**, desenvolvida por Cássia Gabrielle Alves Torres, Conceição de Maria Costa, Larissa Maia Santos e Lorena Rosa de Melo, discentes do curso de Bacharelado em Medicina do Centro Universitário - UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora Dra. Cíntia Maria de Melo Mendes.

O objetivo central do estudo é estudar os fatores associados à ocorrência de quedas em idosos internados em um hospital de urgência e qual tratamento realizado após o evento, além de analisar o grau de dependência dos idosos como consequência das quedas e os mecanismos mais prevalentes desse tipo de trauma.

O convite à sua participação se deve ao fato do (a) senhor (a) ter sido vítima de queda e estar internado nesse hospital. Sua participação é muito importante para a realização desse estudo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o (a) senhor (a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O (A) senhor (a) não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações pelo (a) senhor (a) prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br Contato com os pesquisadores: Cíntia Maria de Melo Mendes: Endereço: Rua Honório Parentes, 205, Teresina-PI E-mail: cintiamendes@uninovafapi.edu.br Telefone: (86) 21060007 Cássia Gabrielle Alves Torres: Endereço: Rua Sete, 5916 – Teresina-PI E-mail: kciatorres@gmail.com Telefone: (86) 99500-1302. Conceição de Maria Costa: Endereço: Quadra 63- Casa 19-Bela Vista 2 Teresina-PI E-mail: concitacosta@hotmail.com Telefone: (86) 99865-7777. Larissa Maia Santos: Endereço: R. Quarenta, 600, Uruguai, Yucca, 14, apto 404 E-mail: larissamsantos1@gmail.com Telefone: (86) 99858-9057. Lorena Rosa de Melo: Endereço: Rua Espírito Santo, nº 1286, Acarape E-mail: lorenarosa89@yahoo.com.br. Telefone: (85)99859-1482.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o (a) senhor (a) poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um formulário à pesquisadora do projeto, a entrevista terá aproximadamente duração de trinta minutos.

Os formulários serão digitados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente as pesquisadoras e sua orientadora terão acesso à esses arquivos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPÍ.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de possibilitar um melhor conhecimento acerca das quedas em idosos e seus fatores associados, na cidade de Teresina, para que a partir destes possam ser elaboradas medidas preventivas que possam minimizar o risco de quedas nesta população. Será a possível também melhor compreensão da relação do grau de dependência do idoso com o mecanismo de queda, sua frequência e consequência.

A partir dos dados obtidos será possível subsidiar ações que possam evitar as quedas e suas possíveis complicações nesse público. Proporcionando, assim, melhor qualidade de vida e maior bem-estar para esses indivíduos, suas famílias e seus cuidadores.

O (A) senhor (a) estará submetido ao risco de constrangimento e dano emocional durante o preenchimento do questionário por tratar-se de questionamentos subjetivos, relacionado a um evento doloroso que o (a) senhor (a) vivenciou recentemente, esse risco será minimizado por meio de uma abordagem tranquila, clara, respeitando suas limitações.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas, apresentado em palestras e congressos da área, porém seu nome não será mencionado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br Contato com os pesquisadores: Cintia Maria de Melo Mendes: Endereço: Rua Honório Parentes, 205, Teresina-PI. E-mail: cintiamendes@uninovafapi.edu.br Telefone: (86) 21060007. Cássia Gabrielle Alves Torres: Endereço: Rua Sete, 5916 – Teresina-PI. E-mail: kciatorres@gmail.com Telefone: (86) 99500-1302. Conceição de Maria Costa: Endereço: Quadra 63- Casa 19-Bela Vista 2. Teresina-PI. E-mail: concitacosta@hotmail.com Telefone: (86) 99865-7777. Larissa Maia Santos: Endereço: R. Quarenta, 600, Uruguai, Yucca, t.4, apto 404 E-mail: larissamsantos1@gmail.com . Telefone: (86) 99858-9057. Lorena Rosa de Melo: Endereço: Rua Espírito Santo, nº 1286, Acarape. E-mail: lorenarosa89@yahoo.com.br. Telefone: (85)99859-1482.

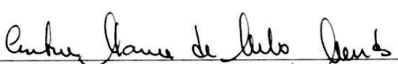


Em qualquer momento o (a) senhor (a) poderá solicitar informações sobre a pesquisa. Os resultados também serão entregues como forma de relatório ao Hospital de Urgências de Teresina, local do estudo.

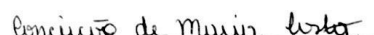
Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAP, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.


Cíntia Maria de Melo Mendes – CPF: 553.691.203-82
 Pesquisadora Responsável


Cássia Gabrielle Alves Torres
 CPF:023.508.53-22
 Pesquisadora Participante


Conceição de Maria Costa
 CPF:027.043.563-86
 Pesquisadora Participante

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAP, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br Contato com os pesquisadores: Cíntia Maria de Melo Mendes: Endereço: Rua Honório Parentes, 205, Teresina-PI. E-mail: cintiamendes@uninovafapi.edu.br Telefone: (86) 21060007. Cássia Gabrielle Alves Torres: Endereço: Rua Sete, 5916 – Teresina-PI. E-mail: kciatorres@gmail.com Telefone: (86) 99500-1302. Conceição de Maria Costa: Endereço: Quadra 63- Casa 19-Bela Vista 2. Teresina-PI. E-mail: concitacosta@hotmail.com Telefone: (86) 99865-7777. Larissa Maia Santos: Endereço: R. Quarenta, 600, Uruguai, Yucca, 14, apto 404 E-mail: larissamsantos1@gmail.com Telefone: (86) 99858-9057. Lorena Rosa de Melo Endereço: Rua Espírito Santo, nº 1286, Acarape. E-mail: lorenarosa89@yahoo.com.br Telefone: (85)99859-1482.









Larissa Maia Santos
Larissa Maia Santos
 CPF: 003.705.063-08
 Pesquisadora Participante

Lorena Rosa de Melo
Lorena Rosa de Melo
 CPF: 043.373.043-98
 Pesquisadora Participante

Contato com a pesquisadora responsável: Cíntia Maria de Melo Mendes
Telefone Institucional: (086) 2106-0700. **e-mail:** cintiamendes@uninovafapi.edu.br

LOCAL E DATA: _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

 (Assinatura do participante da pesquisa ou responsável)

Nome legível do participante: _____

RG e CPF: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. Contato com os pesquisadores: Cíntia Maria de Melo Mendes: Endereço: Rua Honório Parentes, 205, Teresina-PI. E-mail: cintiamendes@uninovafapi.edu.br Telefone: (86) 21060007. Cassia Gabrielle Alves Torres. Endereço: Rua Sete, 5916 – Teresina-PI. E-mail: kciatorres@gmail.com Telefone: (86) 99500-1302. Conceição de Maria Costa: Endereço: Quadra 63-Casa 19-Bela Vista 2. Teresina-PI. E-mail: concitacosta@hotmail.com Telefone: (86) 99865-7777. Larissa Maia Santos: Endereço: R. Quarenta, 600, Uruguai, Yucca, t.4, apto 404 E-mail: larissamsantos1@gmail.com Telefone: (86) 99858-9057. Lorena Rosa de Melo Endereço: Rua Espírito Santo, nº 1286, Acarape. E-mail: lorenarosa89@yahoo.com.br Telefone: (85)99859-1482.

⑨ J nu H R

APÊNDICE B

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS E PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

FORMULÁRIO

1.1.Caracterização Sociodemográfica

- 1) Gênero 1()masculino 2()feminino
- 2) Peso:_____
- 3) Altura:_____
- 4) Idade:_____ (data de nascimento: _____)
- 5) Data da queda:_____
- 6) Data da internação no HUT:_____
- 7) Renda familiar mensal
 - 1 () Até 1 salário mínimo
 - 2 () De 1 a 2 salários mínimos
 - 3 () De 3 a 4 salários mínimos
 - 4 () De 4 a 5 salários mínimos
 - 5 () Mais de 5 salários mínimos
- 8) Estado civil:() Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () União estável
- 9) Escolaridade: () Não sabe ler e escrever () Sabe ler e escrever
Anos de estudo _____
- 10) Hoje, quantas pessoas moram com o Sr (a)? _____
- 11) Com quem o Sr (a) mora, atualmente?
 - () Sozinho () Com cônjuge () Com cônjuge e filhos () Somente com filhos () Com filhos e netos () Somente com outros idosos () Somente com netos () Outros familiares () Com não familiares () Outros _____
- 12) O Sr (a) tem cuidador? () Sim () Não
- 13) Quem é o seu cuidador? () Cônjuge () Filhos/ noras/ genros () Netos () Outro idoso () Outro familiar () Cuidador particular () outros _____
- 14) O Sr (a) é acompanhado pela equipe de saúde da família? () Sim () Não
- 15) O Sr (a) é acompanhado pelo Geriatra? () Sim () Não

1.2.Caracterização das quedas

1) Quantas vezes o(a) Sr(a) caiu nos últimos 12 meses? _____

2) Em relação a última queda: o (a) Sr (a) caiu da:

☐ Cama

☐ Cadeira ou poltrona

☐ Cadeira de banho e/ou vaso sanitário

☐ Própria altura

☐ Árvore

☐ Escada

☐ Telhado

☐ Outro. Qual? _____

3) Onde o Sr(a) caiu?

☐ Pátio/quintal

☐ Dormitório/ quarto

☐ Sala

☐ Banheiro

☐ Calçada

☐ Rua/avenida

☐ Outro. Qual? _____

1.3.Fatores associados à Quedas

1) Quais das seguintes alterações, o Sr (a) apresenta, atualmente?

☐ Dificuldade para caminhar

☐ Alterações de equilíbrio

☐ Fraqueza muscular

☐ Tontura/ vertigem

☐ Hipotensão postural (pressão baixa)

☐ Confusão mental

☐ Perda da rigidez do corpo sem perda da consciência

☐ Desmaio (perda da consciência)

☐ Outro. Qual? _____

2) Quais dos seguintes aspectos têm no lugar que o Sr(a) caiu, atualmente?

☐ Falta de iluminação adequada

- ☐ Tapetes soltos
- ☐ Pisos irregulares ou com buracos
- ☐ Pisos escorregadios ou molhados
- ☐ Degrau alto e/ou desnível no piso
- ☐ Objetos no chão
- ☐ Animais domésticos
- ☐ Subir em objeto/móvel para alcançar algo no alto
- ☐ Escadaria sem corrimão
- ☐ Banheiro sem apoio/barra

3) Quais medicações, o Sr (a) toma, atualmente?

4) Quais problemas de saúde, o Sr (a) têm , atualmente?

1.4. Consequências das Quedas

1) Quais das seguintes consequências ocorreram com a sua queda?

- ☐ Escoriações
- ☐ Fratura tipo fechada
- ☐ Fratura tipo exposta
- ☐ Entorse e luxação
- ☐ Lesão neurológica

☐ Outra _____

2) Qual foi o local da fratura?

- ☐ Membros superiores
- ☐ Membros inferiores
- ☐ Cabeça
- ☐ Face
- ☐ Costela
- ☐ Quadril
- ☐ Coluna

☐ Outro. Qual? _____

☐ Nenhum

3) O Sr (a) precisou realizar Cirurgia ?

☐ Sim

☐ Não

4) Teve TCE

☐ Sim ☐ Não

V) Avaliação do nível de condição funcional antes da queda:

1.1 Em relação as viagens:

☐ 3 Realiza viagens sozinha

☐ 2 Somente viaja quando tem companhia

☐ 1 Não tem hábito ou é incapaz de viajar

1.2 Em relação a realização de compras:

☐ 3 Realiza compras, quando é fornecido o transporte

☐ 2 Somente faz compras quando tem companhia

☐ 1 Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras

1.3 Em relação ao preparo das refeições:

☐ 3 Planeja e cozinha as refeições completas

☐ 2 Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda

☐ 1 Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

1.4 Em relação ao trabalho doméstico:

☐ 3 Realiza tarefas pesadas

- () 2 Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- () 1 Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

1.5 Em relação ao uso de medicamentos:

- () 3 Faz uso de medicamentos sem assistência
- () 2 Necessita de lembretes ou assistência
- () 1 É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

Classificação:

Dependência total = 5

Dependência parcial >5 e < 15

Independência = 15

1.5. Caracterização do mecanismo de queda e suas consequências:

1.1 Mecanismo da queda:

1. Caiu para um dos lados
2. Caiu para frente
3. Caiu para trás
4. Caiu de joelhos
5. Caiu sentado

1.2 Período do dia que ocorreu a queda:

1. Manhã (6-12h)
2. Tarde (12-18h)
3. 3 Noite (18- 6h)

1.4 Circunstância da queda:

1. 1 Tropeçou
2. Escorregou
3. Perdeu equilíbrio
4. Outros: _____

1.5 Tipo de queda:

1 Própria altura

2 Outra altura: _____

3 Número de quedas sofridas no último ano:

12 3 4 5

4 Teve fratura:

1 Sim 2 Não

5Tipo de fratura:

1 Fêmur

2 Bacia

3 Úmero

4 Punho

5 Costelas

6 Face

7Outros: _____

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDA: ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS E PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

Pesquisador: CINTIA MARIA DE MELO MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98301918.2.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.934.935

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de delineamento transversal. O estudo será desenvolvido no município de Teresina, capital do estado do Piauí. Os dados serão coletados no Hospital de Urgências de Teresina (HUT), que presta serviços de atendimento clínico e cirúrgico para diversas faixas etárias, no período de Outubro a Dezembro de 2018.

A amostragem será não probabilística do tipo intencional, assim, na medida que o idoso que sofreu queda for localizado nas diversas enfermarias, ele será convidado a participar da pesquisa. Serão incluídos indivíduos com 60 anos ou mais internados HUT, no período de Outubro à Dezembro de 2018, que tem como motivo de internação acidentes por quedas e que aceitam participar da pesquisa. Serão excluídos os idosos não internados ou com menos de 24 horas de internação ou os indivíduos internados em Unidades de Terapia Intensiva, Unidade de queimados, salas de estabilização, vermelha e amarela (locais de acesso mais restrito e nos quais encontram-se pacientes mais instáveis hemodinamicamente, o que dificultaria a coleta de dados). A coleta dos dados ocorrerá através da aplicação de um formulário padronizado e validado, utilizando-se de perguntas de caracterização das condições sociodemográficas, fatores associados à quedas, tratamento realizado e de avaliação funcional com base na escala de Lawton & Brody adaptada (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008), na qual foram incluídas apenas perguntas que se relacionam à mobilidade do indivíduo, e de caracterização do mecanismo de queda, segundo MORAIS et al., 2017.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64 073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

P.P. Gomes
Pheonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 2.934.935

Objetivo da Pesquisa:

Estudar os fatores associados à ocorrência de quedas em idosos internados em um hospital de urgência, o tratamento realizado e a consequência na redução da funcionalidade nas atividades diárias do idoso

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão apresentados de forma coerente com a Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia contempla os itens solicitados pela Resolução 466/2012, como definição da amostra, critérios de inclusão e exclusão, procedimentos e análise estatística.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão apresentados no protocolo de pesquisa segundo a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012, portanto, APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1198814.pdf	08/09/2018 21:27:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCCEPSETEMBRO.pdf	07/09/2018 22:49:54	LARISSA MAIA SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/09/2018 22:19:12	LARISSA MAIA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	hut.pdf	06/09/2018 15:17:55	Conceição de Maria Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEASSINADO.pdf	17/08/2018 18:46:17	LARISSA MAIA SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Pip Lopes
Priscila Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.934.935

Ausência	TCLEASSINADO.pdf	17/08/2018 18:46:17	LARISSA MAIA SANTOS	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	16/08/2018 20:10:29	Conceição de Maria Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromisso.pdf	16/08/2018 20:06:41	Conceição de Maria Costa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/08/2018 20:05:12	Conceição de Maria Costa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/08/2018 14:21:51	Conceição de Maria Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 03 de Outubro de 2018

pip (Theonas Gomes Pereira)
Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador(a))

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVALAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovalapi.edu.br