

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DE QUEDAS EM
PACIENTES IDOSOS**

DANIEL CIRILO MESA SANCHEZ

ORIENTADOR: ANDRÉ LUIZ BIGAL.

SÃO PAULO, MAIO DE 2015.

SUMÁRIO

1 Introdução

2 Objetivos.

2.1 Objetivo Geral.

2.2 Objetivos Específicos.

3 Metodologia.

3.1 Revisão de Literatura.

3.2 Proposta de Intervenção.

4 Resultados esperados.

5 Cronograma

6 Referências.

Apendice A.

1 - INTRODUÇÃO.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais representavam 5,0% da população geral na década de 40 e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia estatística (IBGE) a população de idosos passou de 6,1% em 1980 para 7,3% em 1991. Estima-se que em 2025 essa população seja de 14,0%.¹⁴ O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais destaca-se a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências limitantes.^{5-7,10}

A queda pode ser definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial¹¹. A queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, e pode relacionar-se à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Em idosos, as quedas repetidas e sem causa óbvia, já deixaram de ser aceitas como apenas consequências da idade, e atualmente caracterizam-se como sinais de distúrbios orgânicos relacionados principalmente ao sistema musculoesquelético e aos centros nervosos de integração sensorial e controle da locomoção.¹¹

A probabilidade de queda aumenta com o avançar da idade.¹¹ Aproximadamente 30,0% das pessoas de 65 anos ou mais, caem pelo menos uma vez por ano.¹⁰ Estima-se que 30,0% dos idosos que caem apresentam idade entre 60 e 65 anos e 40,0% encontram-se entre 80 e 85 anos de idade.^{7,14}

As causas associadas às quedas podem ser classificadas como intrínsecas, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, às doenças e efeitos causados por uso de fármacos, bem como extrínsecas, relacionadas a fatores sociais e ambientais.^{6,7}

Algumas quedas acontecem quando a atividade exige do indivíduo mais atenção do que normalmente, como na marcha em terrenos acidentados ou pedregosos. Pesquisas realizadas com idosos demonstraram que aproximadamente 40,0% das quedas ocorreram na própria residência durante o exercício de atividades diárias.^{6,11}

Dentre os fatores intrínsecos, o surgimento de doenças que ocasionem redução da capacidade física pode acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo ou ter ação negativa sobre o equilíbrio. As principais condições patológicas que predisõem as quedas são as doenças cardiovasculares, neurológicas, endocrinológicas, osteomusculares e sensoriais.⁶ A diminuição da força muscular e o subsequente comprometimento da função motora aumentam o risco de queda.^{2,5,7,8} Além disso, o uso de medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-hipertensivos, prescritos comumente a idosos, podem estar associados à ocorrência de quedas.^{3,9.}

As consequências das quedas para os idosos podem ser bastante limitantes e, em alguns casos, até fatais.⁷ Os principais problemas decorrentes são fraturas, traumatismo craniano, cortes, ansiedade, depressão e o chamado “medo de cair” também conhecido como ptofobia.^{1,6} Com frequência, uma única queda resulta em medo de cair, o que leva a uma perda da confiança na capacidade de realizar tarefas cotidianas com conseqüente restrição das atividades, isolamento social e dependência aumentada de cuidadores.^{6,7}

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Aparecida, dentro da equipe número 2, o consumo de medicamentos para doenças crônicas é elevado. Se a isto juntarmos o uso de medicamentos ansiolíticos, temos fatores que incentivam as quedas. Esta situação foi observada durante as visitas domiciliares aos idosos da área de abrangência.

O objetivo deste projeto de intervenção é dar mais qualidade de vida de aos idosos e educar sobre como envelhecer com menos limitações visando enfrentar esta etapa de vida com prevenção de quedas e todos seus efeitos imprevisíveis.

2 – OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Elaborar uma proposta de intervenção para prevenir e/ou minimizar riscos de quedas em idosos da área de abrangência da UBS Vila Aparecida no Município de São Paulo, SP.

2.2 Objetivos específicos

Sensibilizar a equipe de Saúde da UBS Vila Aparecida quanto à importância clínica e epidemiológica das quedas em idosos.

Capacitar os agentes comunitários de saúde da equipe da UBS Vila Aparecida para identificar fatores de riscos de quedas e suas consequências para pessoa idosa.

Relacionar os fatores de riscos ambientais mais importantes e orientar o idoso e sua família quanto as principais medidas preventivas.

3 – METODOLOGIA

Neste estudo foi elaborado um plano de intervenção para prevenir quedas em idosos que residem na área de abrangência da UBS Vila Aparecida do Município São Paulo, SP.

Para desenvolver a proposta de intervenção foi realizado inicialmente um levantamento bibliográfico por meio da internet nos bancos de dados da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS).

Foram selecionados artigos publicados no período de 1994 a 2010, livros-textos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Optou-se por literatura na língua portuguesa e inglesa e que abordaram temas sobre quedas em idosos e que atenderam os objetivos do estudo.

Foram utilizados na busca por internet os seguintes descritores: saúde dos idosos, quedas, acidentes por quedas e fatores de riscos.

3.1 Revisão da Literatura.

Pessoas de todas as idades apresentam riscos de sofrer algum tipo de queda, porém, se tratando das pessoas idosas, ela possui um significado maior, pois pode levá-las a incapacidade funcional, como perda de sua autonomia, e, até mesmo a morte. Segundo Baraff (1997, p.481), as quedas tem relação causal com 12% de todos os óbitos na população geriátrica e constituem a 6ª causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos.

A incidência de quedas aumenta com o avançar da idade, variando de 34% entre idosos com 65 e 80 anos e chegando a 50% acima de 90 anos (PITON. 20104).

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso. Fabricio et al. (2004) mostraram em seu trabalho, realizado com 50 idosos, que 28% deles faleceram por consequências diretas de quedas, entre elas, fraturas e lesões neurológicas.

Além das consequências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde (JOHANA e DIOGO, 2007).

Segundo Sathles (1994, p.42):

“Para uma pessoa idosa, a queda pode assumir significados de decadências e fracasso gerado pela percepção da perda de capacidades do corpo, potencializando sentimentos de vulnerabilidades, ameaça, humilhação e culpa. A resposta depressiva subsequente é um resultado esperado.”

Existem muitas definições para o evento queda. Segundo Carbalhaes et al.(1998,p.2) consideram as quedas como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial.

Pereira (2001, p.219) diz que queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível mais baixo com relação a sua posição inicial, com a incapacidade de correção em tempo hábil e apoio no solo, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade postural.

As ocorrências das quedas em idosos constitui um desafio para a medicina geriátrica, pois a instabilidade postural é uma característica do processo de envelhecimento. A estabilidade do corpo da ação integrada do sistema nervoso central, do sistema sensorial, do sistema hemodinâmico e do sistema musculoesquelético. A queda pode ocorrer devido a problema neste sistema o estar relacionada a fatores extrínsecos (RAMOS, 2001).

Os fatores relacionados pelas quedas têm sido classificados na literatura (RIBEIRO, 2008) como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e efeitos causados por o uso de fármacos, e como extrínsecos, fatores que dependem de circunstancias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. O exemplo, podemos citar alguns fatores que poderão nortear o estudo, entre eles:

Fatores de riscos intrínsecos:

Doenças cardiovasculares: hipotensão ortostática, crise hipertensivas, arritmias cardíacas, doença arterial coronária, hipersensibilidade do seio carotídeo, insuficiência cardíaca congestiva, lesões valvulares, estado de hipovolemia.

Uso de drogas: hipotensores, antiarrítmicos, hipnóticos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipoglicemiantes, anticolinérgicos, diuréticos, antidepressivos, anti-parkinsonianos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios não hormonais, poli farmácia (uso de duas ou mais drogas associadas).

Doenças neurológicas: lesões expansivas intracranianas, hidrocefalo de pressão normal, doenças cerebrovasculares, doenças de Parkinson e outros tipos de parkinsonismos, quadros demenciais, delirium, estados depressivos.

Desordens neurosensoriais: diminuição da visão (redução da percepção de distancia e visão periférica e adaptação ao escuro), diminuição da audição,

distúrbios proprioceptivos (neuropatia periférica), distúrbios vestibulares (infecção ou cirurgia previa do ouvido, vertigem posicional paroxística benigna).

Doenças osteoarticulares: osteoartrose (joelhos e quadril), deformidades dos pés, fraqueza muscular, miopatias, atrofias musculares, patologias degenerativas da coluna cervical.

Aumento do tempo de reação á situações de perigo.

Sedentarismo.

Fatores de risco extrínsecos:

Iluminação inadequada;

Piso escorregadio e encerado;

Objetos e móveis em locais inapropriados;

Tapetes soltos ou com dobras, carpetes mal adaptados;

Degraus altos ou estreitos;

Escadas, rampas;

Tacos soltos no chão;

Banheiros sem as devidas adaptações;

Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas;

Camas altas;

Sofás e cadeiras muito baixas;

Calçados inadequados;

Maus tratos;

Roupas excessivamente compridas;

Presença de animais domésticos pela casa;

Via pública mal conservada com buracos ou irregularidades.

Britto et al (2001) relatam que medicações como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados medicamentos que propiciam episódios de quedas. Isto muitas vezes ocorre porque estas drogas podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural. Portanto, é essencial que o profissional, ao prescrever

medicamentos, estabeleça uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade do uso e o ajuste necessário da dosagem.

Fabricio (2004) em um estudo realizado onde a amostra da investigação constou de 50 idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes em Ribeirão Preto, que haviam sido atendidos em duas unidades de um hospital público devido a traumatismo acidental por quedas, mostrou os seguintes resultados: a maioria das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino (66%), com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso (66%). As causas foram principalmente relacionadas ao ambiente físico (54%), acarretando sérias consequências aos idosos, sendo as fraturas as mais frequentes (64%). O estudo mostrou que geralmente os idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim em atividades rotineiras. A maioria das quedas foi da própria altura e relacionada a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar com outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números. Após a queda, 28% dos idosos que fizeram parte desta amostra faleceram, sendo que 42,8% dos óbitos ocorreram em menos de um mês, ou seja, por consequências diretamente relacionadas a queda, entre elas, fratura de fêmur causando embolias e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda. Muitos desses idosos ficaram acamados, apresentaram confusão mental, pneumonia e úlcera por pressão.

Ribeiro (2008) em um estudo realizado no Centro Latino Americano de estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES, em uma comunidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, no ano 2005 onde foram entrevistados 72 idosos com idade de 60 anos ou mais, observou que 37,5% admitiram ter caído no último ano e, dos que caíram, 70,4% referiram uma só queda, enquanto 29,6% relataram mais de uma queda. A maioria das quedas detectadas no estudo ocorreu na residência do idoso. Como consequência da queda, 24,3% dos idosos informaram ter sofrido fratura, a mais frequente foi de fêmur. Além das fraturas, as quedas provocaram uma série de outras consequências, conforme se pode ver na tabela 1.

Consequência	Porcentagem
Medo de voltar a cair	88,5%
Abandonou atividade	26,9%
Modificou hábitos	23,1%
Ficou imobilizado	19,2%
Ficou com lesão neurológica	11,5%
Fez rearranjo familiar	11,5%
Mudou de domicílio	3,8%

Tabela 1-Distribuição proporcional dos idosos segundo consequências da queda. Comunidade do Rio de Janeiro, 2005. Fonte: RIBEIRO (2008).

Analisando a tabela 1 percebe-se que o medo de voltar a cair foi encontrado em alta proporção e esta é uma consequência da queda destacada por vários autores (“Síndrome pós-queda”). O medo após queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das consequências inerentes à queda.

Ressalto que todos esses sentimentos podem trazer consigo alterações como perda da autonomia e independência para atividades da vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança.

Neste mesmo estudo, ao serem questionados sobre algumas condições ambientais que são fatores de riscos para quedas, os mais citados estão relatados na tabela 2.

Fatores de risco ambientais para quedas	Porcentagem
Piso escorregadio	70,6%
Piso escorregadio no banheiro	66,2%
Calçados inadequados	64,7%
Degraus na soleira da porta	55,9%
Tapete solto	48,5%
Escada sem corrimão	35,3%
Iluminação deficiente	32,4%

Tabela 2- Distribuição proporcional dos idosos segundo fatores de risco ambientais presente em sua residência. Comunidade do Rio de Janeiro, 2005. Fonte: RIBEIRO (2008)

Observa-se que os principais fatores de risco ambientais encontrados na residência dos idosos foram piso escorregadio, calçados inadequados e degraus na soleira da porta.

Em relação a prática de atividades físicas e sua relação com as quedas, Mazo (2007) destaca em um estudo realizado onde se relacionou o nível de atividade física e a incidência de quedas em idosos, observou que a prática regular de atividade física está associada a uma melhor condição de saúde dos idosos e uma menor incidência de quedas.

De acordo com o Guia de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas de Sociedade Americana e Britânica de Geriatria e da Academia Americana de Ortopedia (2001) a atividade física reduz o número de quedas e o número de lesões ocasionadas pelas quedas. Além do efeito benéfico encontrado nas quedas, a atividade física mostra uma melhora no equilíbrio postural.

A prática da atividade física regular tem sido associada á diminuição na prevalência de doenças crônica não transmissível e ao risco de mortalidade por todas as causas. Levando em consideração esses efeitos benéficos, a atividade física esta associada com a prevenção, controle e tratamento de algumas patologias consideradas como fatores intrínsecos para as quedas, como: Acidente Vascular

Cerebral, Hipertensão arterial, Insuficiência Cardíaca, alterações Cognitivas, Artrite, entre outras.

3.2 Propostas de intervenção

A estratégia de Saúde da Família deve alertar a comunidade para os fatores de risco para quedas, que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, sempre em parceria com o idoso e os membros de sua família.

Propõe-se uma abordagem multiprofissional, onde todos os membros da equipe estejam envolvidos na realização das ações planejadas, cada um segundo a sua especialidade: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, agentes comunitários de saúde e equipe odontológica.

A abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. A equipe de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada, com um exame físico bem minucioso buscando as causas da queda e avaliando as suas consequências. Saber se é a primeira queda e em quais circunstâncias ocorreram as outras quedas. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos e intrínsecos faz-se importante.

Os estudos mostram que as quedas, em sua maioria, ocorrem no próprio lar do idoso. Estes dados são extremamente elucidativos para o planejamento de medidas preventivas das quedas em idosos.

Deve-se fazer uma avaliação do estado físico e psicológico dos idosos. A importância da avaliação psicológica do idoso para prevenir a queda e citada na literatura. Segundo Jahana (2007, p. 149):

“A depressão pode ocasionar alteração do nível de atenção do idoso, diminuição do comprimento do passo, perda de energia, diminuição de autoconfiança ao meio ambiente, reclusão e inatividade, perda de apetite e, conseqüentemente, emagrecimento. A ansiedade, por outro lado, pode acarretar em diminuição da atenção, aumento da insegurança e pode levar a tonturas, arritmias e dispnéia. As demências e os estados confussionais agudos (delirium) causam agitação, alteração de consciência, ilusões e alucinações, o que pode proporcionar as quedas. Além disso, a própria negação das limitações físicas leva os idosos a ultrapassarem seus limites e se exporem a maiores riscos.”

A proposta de intervenção que se pretende desenvolver para prevenir e/ou minimizar os riscos de queda em idosos que residem na área adscrita da UBS Vila Aparecida encontra-se detalhada no quadro 1.

Quadro 1- Proposta de intervenção para prevenção e diminuição das quedas nos idosos no ambiente domiciliar.

Nó crítico	Operações	Resultados	Produto	Responsável
Desconhecimento de equipe de saúde da gravidade, frequência e fatores de riscos de quedas em idosos.	“Saber +” Capacitar a equipe da saúde ESF para a prevenção de quedas nos idosos.	Equipe de saúde capaz de orientar o idoso e sua família quanto à prevenção de quedas.	Reuniões para a capacitação dos membros da ESF para trabalhar com a prevenção e diminuição de quedas em idosos.	Médico e Enfermeiro da equipe da ESF.
Desconhecimento dos agentes comunitários de saúde dos fatores de risco extrínsecos para quedas.	“saber +” Capacitar os agentes comunitários de saúde para identificar fatores de risco extrínsecos para a queda.	Agentes comunitários de saúde capazes de identificar, no domicílio do idoso, os fatores de risco extrínsecos para a queda.	Reuniões para a capacitação dos agentes comunitários quanto aos fatores de risco extrínsecos para a queda.	Enfermeiro da equipe da ESF.
Desconhecimento dos idosos e seus familiares ou cuidadores quanto aos fatores de risco intrínseco e extrínsecos para quedas.	“Cair de maduro é pra frutas”. Orientar, idosos, cuidadores e familiares sobre os riscos extrínsecos e medidas de adequação do ambiente domiciliar para diminuir os riscos para queda.	Idosos da comunidade e seus familiares conscientes dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos para queda. Diminuição dos fatores de risco extrínsecos para queda.	Grupo de idosos e familiares/cuidador.	Toda a equipe da ESF.
Falta de atendimento específico para o idoso que sofreu queda.	Avaliação global do idoso pelo médico e encaminhamento se necessário. Identificar os fatores que provocaram a queda.	Identificação de fatores intrínsecos para a queda. Estratégias para diminuir o fatores de riscos extrínsecos e intrínsecos que ocasionaram a queda.	Anamnese específica e Exame físico (Apêndice A) Exames complementares Avaliação do estado psicológico. Encaminhamento para especialista se necessário.	Médico. Enfermeiro e Psicólogo.

Sedentarismo.	“Viver melhor” estimular a participação do idoso em grupos de atividades ocupacionais, recreativas e recreativas e atividades físicas.	Melhora do equilíbrio e da marcha, fortalecimento da musculatura proximal dos membros inferiores, melhora da amplitude articular, Melhora da socialização do idoso.	Programa regular de exercícios supervisionado por fisioterapeuta.	Fisioterapeuta.
---------------	--	---	---	-----------------

A capacitação dos profissionais de saúde e organização do serviço para o atendimento do idoso pode fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de uma incapacidade.

A operação “Saber + ” pretende sensibilizar os profissionais de saúde da equipe da ESF Vila Aparecida, especialmente os agentes comunitários de saúde, em relação a importância clínica epidemiológica das quedas em idosos e capacitá-los para relacionar os fatores de risco mais importantes e orientar quanto as principais medidas preventivas. Os idosos ficam expostos a vários fatores de riscos, principalmente em suas residências. Portanto, é de fundamental importância a realização de ações que diminuam estes fatores, como a avaliação do ambiente domiciliar e a realização de adaptações nas residências dos idosos.

As adaptações mais recomendadas segundo Barbosa (2001) são:

- . Evitar cadeiras muito baixas, camas muito altas, uso de chinelos.
- . Usar sapatos adequados e dispositivos de apoio para marcha (bengalas, andador).
- . Guardar itens pessoais e objetos mais usados no nível do olhar.
- . Retirar tapetes soltos e fios do assoalho.
- . Não encerar pisos.
- . Instalar corrimãos nas escadas.
- . Providenciar iluminação adequada para a noite.
- . Instalar, no banheiro, vaso sanitário mais alto e barras de apoio próximo ao chuveiro e ao vaso sanitário.

- . Os tapetes devem ser antiderrapantes.
- . Consertar calçadas e degraus quebrados.
- . Limpar caminhos e remover entulhos.
- . Instalar corrimãos em escadas e rampas.

A operação “Cair de maduro e pra fruta” pretende orientar o idoso e seus familiares/cuidadores quanto aos fatores de riscos mais importante para queda.

Para que ação educativa seja resolutiva, é necessário discutir os conhecimentos por meio de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule sua pratica e que torne o idoso e sua família participante ativos do processo de promoção de saúde.

A avaliação da proposta de intervenção será feita mensalmente durante a reunião de equipe da ESF, onde serão discutidos se os resultados e produtos esperados estão sendo alcançados, bem como as dificuldades encontradas para implantação da proposta de intervenção.

4 – RESULTADOS ESPERADOS

Promover o envelhecimento saudável com manutenção da pessoa idosa em seu ambiente familiar e com capacidade funcional preservada é um dos grandes desafios da Estratégia Saúde da Família.

As quedas são frequentes entre os idosos e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.

A queda é um evento de causa multifatorial, com fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados, de alta complexidade terapêutica, e de difícil prevenção, exigindo dessa forma uma abordagem multidisciplinar e uma assistência contínua a saúde do idoso por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Espera-se com a implantação da proposta de intervenção que os fatores de riscos extrínsecos para a queda no ambiente domiciliar sejam identificados e eliminados, diminuindo assim o risco de quedas, e que os fatores de risco extrínsecos sejam diagnosticados e tratados da melhor maneira possível.

Os fatores de risco de quedas não devem ser despercebidos por uma Equipe de Saúde da Família quando essa realiza uma visita domiciliar.

É importante que a equipe de saúde oriente a família, o idoso e os cuidadores sobre a importância das adequações no ambiente domiciliar para eliminar os fatores de riscos, prevenir as quedas e promover a segurança para o idoso deambular, proporcionando a ele a liberdade sem medo de cair, favorecendo assim maior autonomia e independência do idoso.

5 – CRONOGRAMA

Atividades	Jan/2015	Fev/2015	Mar/2015	Abr/2015	Mai/2015
Elaboração do projeto	X	X	X	X	
Aprovação do projeto				X	
Coleta de dados				X	X
Levantamento Bibliográfico	X	X	X		
Discussão			X	X	
Revisão Final e Digitação				X	X
Socialização do trabalho					X

6 – REFERÊNCIAS

- 1 BARAFF, L.J.;DELLA P. R.; WILLIANS, N. Practice guideline for the ED Management of falls in community-dwelling elderly persons. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 480-92.
- 2 BARBOSA, J,L.M.;NASCIMENTO, A.F.E. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em um Hospital Geral de Taubaté. *Revista Biociência*, v.7,n.1, p. 35-42, 2001.
- 3 BRITO,F.C.;COSTA,S.M.N. Quedas. In: PAPALETTO N.M.; BRITO, F.C. Urgências em geriatria. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 323-35.
- 4 CARBALHAE, N.et al. Quedas: Consenso de gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-seção São Paulo 1998.
- 5 CHAIMOWICZ, F.A. Saúde dos idosos Brasileiros as Vésperas do século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Revista de Saúde Publica*. vol 31, p. 184-200, 1997.
- 6 COSTA, E.F.A. et al, eds. *Semiologia Médica*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
- 7 FABRICIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P. COSTA J.M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista Saúde Publica*, 2004; 38(1),93-99.
- 8 FULLER, G.F. Problem-oriented diagnosis: fall in the elderly. *Am Family Physician*, 2000; 61:2159-68.
- 9 Guideline for the prevention of falls in the older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001 May;49(5):664-72.
- 10 JAHANA, K.O.; DIOGO, M.J.D.E. Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Revista de Saúde Coletiva*, v.4, n.17, p. 148-53,2007.
- 11 MAZO, G.Z. et al. Condições de Saúde, Incidências de Quedas e Nível de Atividade Física dos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlo, v. 11, n.6, p. 437-442, nov./dez. 2007.
- 12 MINISTERIO DA SAÚDE (MS). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria No 2.528 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%da%20pessoa%idosa.pdf>>. Acesso em 14 set. 2011.

- 13 MORAES, J.L.D.; AZEVEDO, S.V.B. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005; 27:302-8.
- 14 PEREIRA, S.R.M. O idoso que cai. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. P. 217-21.
- 15 PEREIRA, S.R.M. et al. Quedas em idosos. Projeto Diretrizes: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. – seção São Paulo 2001.
- 16 PERRACINI, M.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo. Dissertação – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- 17 PITON, D.A. Análise dos fatores de risco de quedas em idosos: estudo exploratório em instituição de longa permanência no município de Campinas. Dissertação – Escola de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- 18 RAMOS, L.R.; SIMOES, E.J.; ALBERT, M.S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban resident in Brazil: a 2 – year follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(9) : 1168-75.
- 19 RESENDE, A.L.; NASCENTE, C.M.; COSTA E.F.A.; STEFANI, G.P.; GONÇALVES, M.S. Número de Pacientes Idosos Internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás de Janeiro/2000 a Abril/2001. In: Congresso Centro-oeste de Geriatria e Gerontologia, 2001, Brasília. Anais. Brasília: Universidade Federal de Goiás, 2001. P.82.
- 20 RIBEIRO, P.A.; SOUZA, R.E.; ATIE, S. A influências das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciências e Saúde Coletiva*, 2008, p. 1265-73.
- 21 SATHLER, J. Cuidados especiais com o idoso no ato cirúrgico. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Jornada. Rio de Janeiro: LIBBS Farmacêutica, 1994. P.42-3.
- 22 VECCHIA, R.D.; RUTZ T.; BOCCHI, S.C.M. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005; 8(3): 246-52.

Apêndice A – Anamnese e Exame físico do Idoso que sofreu uma queda.

ANAMNESE ESPECIFICA

- . Onde caiu?
- . O que fazia no momento da queda?
- . Alguém estava com você no momento da queda?
- . Faz uso de algum medicamento?
- . Houve introdução de alguma medicação nova ou mudança na dosagem de algum medicamento já em uso?
- . Faz uso de bebida alcoólica? Faz uso de droga ilícita?
- . Houve perda de consciência?
- . Houve outras quedas nos últimos tempos?
- . Houve mudança recente no estado mental?
- . Quando foi a última avaliação oftalmológica?
- . Há fatores de risco ambientais?
- . Há problemas sociais ou evidências de maus tratos?
- . Há problemas nos pés ou calçados inadequados?

EXAME FISICO

- . Sinais Vitais.
- . Sinais de orientação neurológica (data, local).
- . Ectoscopia: estado de hidratação, sinais de anemia, estado nutricional.
- . Exame dos sistemas cardiorrespiratório e locomotor.
- . Avaliação do equilíbrio e marcha:
 - Instabilidade ao ficar de pé.
 - Instabilidade ao ser puxado ou empurrado com uma leve pressão no esterno.
 - Instabilidade ao fechar os olhos em posição de pé.
 - Instabilidade com extensão do pescoço ou ao virar para os lados.

- Instabilidade ao mudar de direção.
- Dificuldade de sentar-se e levantar-se.
- Diminuição da altura e comprimento dos passos.
- Teste “get-up and go” (levante-se e ande): o paciente sentado em uma cadeira sem braços devera levantar-se e caminhar três metros ate uma parede, virar-se sem toca-la. Retornar a cadeira e sentar-se novamente, á medida que o medico observa eventuais problemas de marcha e/ou equilíbrio.