

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

AMANDA PATRÍCIA ALMEIDA DE JESUS

**QUEDA EM IDOSOS: CAUSAS; CONSEQUÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE
PREVENÇÃO.**

VITÓRIA
2014

AMANDA PATRÍCIA ALMEIDA DE JESUS

**QUEDA EM IDOSOS: CAUSAS; CONSEQUÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE
PREVENÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Tarsila Cunha

VITÓRIA
2014

AMANDA PATRÍCIA ALMEIDA DE JESUS

**QUEDA EM IDOSOS: CAUSAS; CONSEQUÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE
PREVENÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Tarsila Cunha - Orientador

Prof., Daliana Lopes Moraes

Prof., Marcos Vinicius Ferreira

Para minha mãe Maria da Penha, meu pai Vany de Jesus e minha família que não
pude acompanhar os muitos momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais que me deram carinho e palavras de incentivo, por estarem ao meu lado em todos os momentos me ajudando a superar as dificuldades me dando força e nunca me deixarem desistir.

Ao meu futuro noivo por ter me compreendido, me ajudando no possível e pelas palavras de força e incentivo.

Aos meus familiares que contribuíram direta ou indiretamente pelo meu sucesso, por todo carinho e apoio incondicional.

A minha orientadora Tarsila Cunha, pelo suporte, correção, incentivo e força de vontade em ensinar e aprender.

A todos que de alguma forma fizeram parte da minha formação, estiveram ao meu lado e não me deixaram desistir, o meu muito obrigada.

Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a . Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos aos, estes ainda reservam prazeres (LÚCIO ANEU SÊNECA)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo conhecer as principais causas e conseqüências de queda em idosos, identificar as principais alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento que podem levar a queda do idoso, relatar um ambiente seguro para o idoso, bem como descrever o papel do profissional de saúde na prevenção das quedas em idosos. Tratar-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de biblioteca virtual em saúde (BVS) por meio das bases Lilacs e Scielo. Para a busca, foram utilizados descritores cadastrados nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECS) da Bireme. Foi possível identificar que as principais causas de queda por fator intrínseco são as modificações fisiológicas e patológicas como hipertensão, diabetes, equilíbrio e marcha já os fatores extrínsecos que esta relacionado ao meio em que o idoso interage as principais causas de queda foram em seu domicilio como no banheiro, cozinha e quintal, em sua maioria as quedas tiveram conseqüências como fraturas, asilamento, sentimento de medo de novas quedas, mudança de hábitos. Foi possível concluir que os profissionais de saúde, tem o papel de educar a sociedade, os familiares e o próprio idoso quanto ao risco de queda e um ambiente adequado para que esse idoso possa interagir, proporcionar também ao idoso uma melhor qualidade de vida seja ela na prevenção ou reabilitação da queda. Com a ação dos profissionais de enfermagem será possível proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida, focada na prevenção da saúde e no ambiente seguro ao idoso.

Palavras-chave: Queda. Causas e conseqüências de queda. Ambiente seguro para o idoso. Alterações do idoso. Profissional de saúde.

ABSTRACT

This work aims at knowing the main causes and consequences of falls in the elderly , identify key physiological and pathological changes of aging that may lead to decline in the elderly , reporting a safe environment for the elderly , as well as describe the role of the health professional the prevention of falls in the elderly . Treat yourself to a literature search conducted through virtual health library (VHL) through grassroots Lilacs and SciELO . To the search , registered descriptors were used in the Subject Descriptors in Health Sciences (DECS) of Medicine® . It was possible to identify the main causes of decline for intrinsic factor are the physiological and pathological changes such as hypertension , diabetes , balance and already marching extrinsic factors is related to the medium in which the elderly interacts major causes of decline were in his home as in the bathroom , kitchen and backyard, mostly falls had consequences such as fractures , institutionalization , feeling of fear of falling , changing habits . It was concluded that health professionals , has a role in educating society , the family and the elderly themselves about the risk of falling and appropriate for that old environment can interact also give the elderly a better quality of life be it prevention or rehabilitation of the fall . With the move of nursing professionals will be possible to provide the elderly a better quality of life , focusing on health prevention and safe environment for the elderly .

Keywords: Fall. Causes and consequences of a fall. Secure environment for the elderly . Changes in the elderly . Healthcare professional .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 ENVELHECIMENTO	21
2.1.1 Velhice.....	24
2.1.2 Idade biológica	26
2.1.3 Idade cronológica.....	26
2.1.4 Idade cronológica e psicológica	26
2.1.5 Idade cronológica e social.....	27
2.1.6 Gerontologia	27
2.1.7 Geriatria.....	28
2.1.8 Senescência e senilidade	29
2.1.9 Autonomia, independência e autocuidado	30
2.2 QUEDA.....	33
2.2.1 Fatores intrínsecos de queda.....	35
2.2.2 Fatores extrínsecos de queda.....	46
2.2.3 Conseqüências de queda	49
2.3 AMBIENTE SEGURO PARA O IDOSO.....	54
2.3.1 Banheiro.....	55
2.3.2 Quarto.....	56
2.3.3 Sala	56
2.3.4 Cozinha	57
2.3.5 Escada.....	58
2.3.6 Animais de estimação.....	59
2.4 EXERCÍCIO FÍSICO.....	59
2.5 PAPEL DA FAMÍLIA COM O IDOSO	60
2.6 O PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE IDOSO	62
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67

REFERENCIAS.....	70
------------------	----

1 INTRODUÇÃO

Envelhecimento é um processo natural de todo ser humano, ocorrendo modificações psicológicas, morfológicas, fisiológicas e bioquímicas, ocasionando mudança no processo de adaptação do indivíduo com o meio ambiente (FREITAS et al, 2006).

A queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, que no caso dos idosos na maioria das vezes possui uma série de consequências como fratura de fêmur por exemplo. Pode ser gerada por diversos fatores, sendo eles fatores intrínsecos ou extrínsecos, ou seja, por patologias como disfunção da visão, da audição ou por um tapete da casa, objetos espalhados, falta de iluminação (SÃO PAULO, 2013).

De acordo com o Estatuto do idoso (BRASIL, 2013), no Brasil é considerado idoso uma pessoa com idade igual ou acima de 60 anos. O IBGE nos fala que a expectativa de vida no Brasil vem aumentando. Passou de 74,1 anos em 2011 para 74,6 anos em 2012, a estimativa do IBGE é que em 2060 os idosos alcancem 28,6% da população.

O aumento da população idosa esta acometendo tanto países desenvolvidos como países em desenvolvimento, gerando um desafio para gerontologia que é enfrentar a velocidade do aumento do número de pessoas com mais de 60 anos e as futuras consequências que esse fenômeno trará, aumentando cada vez mais o numero de estudiosos desse fenômeno. Em 1820 a expectativa de vida no Brasil não passava de 24 anos, em 1991 era 62,1 anos para os homens e 70,6 para as mulheres e a cada ano a expectativa de vida vem aumentando, estima-se que em 2020 a cada 100 pessoas 44 serão idosos (FREITAS et al., 2006). Esse crescimento da população idosa no Brasil é decorrente das várias mudanças que vem acontecendo como a diminuição da mortalidade infantil e do declínio de fecundidade, ou seja, as pessoas não têm mais a quantidade de filhos que tinham no passado (TANNURE et al, 2010)

Estudo realizado numa Universidade Federal de Minas Gerais, cuja pesquisa foi realizada através de coleta de dados secundários da secretaria municipal da coordenação de política social de Belo Horizonte, teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos idosos nessa cidade, observou que 32% dos idosos de

Belo Horizonte são de 60- 64 anos, e 24,8% são de 65-69 anos, representando o maior grupo de idosos de Belo Horizonte, de todos os idosos 16,0% possuem alguma dificuldade permanente de caminhar e subir escadas, 60,5% dos idosos são mulheres e 39,4% são homens, isso significa que as mulheres estão vivendo mais que os homens. Neste estudo também constatou-se que 16,4% dos idosos tinham alguma deficiência auditiva, 3,2% dos idosos tinham algum problema mental, 96,8% não apresentava nenhuma deficiência física, 95,67% dos idosos não apresentavam nenhuma doença mental, 23,5% tinha dificuldade de enxergar (TANNURE et al, 2010).

O aumento da expectativa de vida está relacionado aos avanços científicos e tecnológicos das ciências da saúde, o que tem provocado um gradativo processo de envelhecimento populacional. A população acima de 60 anos de idade no Brasil vem crescendo de forma mais acentuada quando comparada ao restante da população, significando aumento no número de idosos. Chegar à velhice é uma realidade populacional, mesmo nos países mais pobres, e envelhecer não é mais privilégio de poucos (CARVALHO et al, 2009).

É imprescindível compreender as necessidades e condições de vida do idoso, para poder auxiliar e lidar com esse aumento populacional de idosos no Brasil, realizando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Uma assistência de saúde focada pode ajudar na melhor qualidade de vida e na postergação de patologias que acometem os idosos como déficit de locomoção e deficiência auditiva (TANNURE et al, 2010).

Fabricio;Rodrigues;Costa (2004) observou que 66% das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino, tendo como causa principal o ambiente físico.

Ribeiro et al,(2006) nos fala que a maioria das quedas ocorre na residência totalizando um numero de 59,5%, sendo que foi observado que 33% das conseqüências da queda foram a fratura de fêmur. Por isso 88,8% dos idosos passaram a ter medo de cair novamente, com isso 26,9% abandonaram algumas atividades e 23,1% mudaram os hábitos. A queda traz complicações negativas para o idoso deixando-o inseguro e mais dependente.

Estudos apontam que 66% das quedas em idosos ocorrem em seu domicilio, 22% na rua e a maioria das quedas no total de 88,8% dos idosos referiram ter caído da própria altura. Por esses motivos a melhor maneira de diminuir esse número é através da prevenção (JAHANNA; DIOGO, 2007). Por isso esse trabalho tem como objetivo identificar as principais causas e conseqüências de queda em idosos,

conhecerr as principais alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento que podem levar a queda do idoso, relatar um ambiente seguro para o idoso, bem como descrever o papel do profissional de saúde na prevenção das quedas em idosos.

Esta pesquisa torna-se relevante pois contribuirá para um melhor conhecimento dos profissionais de saúde e família do idoso acerca das causas e conseqüências de quedas e com isso possibilitará prevenção e a transformação de um ambiente que possua risco para um ambiente seguro para o idoso.

Tratar-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de biblioteca virtual em saúde (BVS) por meio das bases Lilacs e Scielo. Para a busca, foram utilizados descritores cadastrados nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECS) da Bireme. Os critérios de inclusão foram: artigos em português que abordem o tema queda de idosos, causas e conseqüências de queda em idosos, processo de envelhecimento, num período literário de 2000 à 2014.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural de todo ser humano que é conceituado como um processo dinâmico e progressivo ocorrendo mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e biológicas que influenciam diretamente na capacidade de adaptação com o meio ambiente, sendo mais vulnerável a ocorrência de patologias (FREITAS et al, 2006).

Dias et al (2010), fala que o processo de envelhecimento não está restrito somente a idade do indivíduo, é vivenciado de forma peculiar, sendo uma consequência de estilo de vida, ou seja, uma concepção adotada pelo indivíduo ao longo do tempo através do ciclo vital. A cultura é um fator importante pois influencia no estilo de vida e interfere no sobre a qualidade de vida.

Ferreira et al (2010) concorda com Freitas referente ao processo de envelhecimento mais acrescenta dizendo que no envelhecimento ocorre um declínio das funções orgânicas e também o ritmo de funcionamento dos órgãos, variando de um órgão para outro, e de indivíduo para indivíduo. Essas diferenças do envelhecimento de indivíduo para indivíduo ocorre devido as condições de trabalho desiguais que cada um esteve submetido. As modificações do envelhecimento estão diretamente ligadas a crescente dependência, ou seja, a ajuda de outra pessoa para realização de atividades indispensáveis à vida, sendo que a dependência não é um estado de permanência, podendo ser prevenida ou reduzida de acordo com a assistência prestada a esse idoso.

Devido as várias modificações morfológicas ocorre o aparecimento de rugas, cabelos brancos, a pele fica mais sensível, queda de cabelo, diminuição do crescimento de pelos nas partes pubianas. As modificações psicológicas ocorrem porque o indivíduo passa a ter dificuldade de se adaptar com novas situações do cotidiano. As modificações sociais passam a ser alteradas devido a diminuição da produtividade, ou seja, o indivíduo passa a não trabalhar mais e não fazer as atividades que antes fazia tranquilamente, então ele se vê como inútil (SANTOS, 2010).

Honório; Santos (2008), fala que o processo de envelhecimento humano altera a qualidade de vida dos indivíduos estando diretamente ligado a dependência e autonomia, com o envelhecimento ocorre o desgaste funcional do corpo, da mente, diminuindo as respostas fisiológicas e psicológicas frente a uma ação do meio ambiente.

Conforme Santos; Andrade; Bueno (2008), o envelhecimento é um processo considerado normal em todos os indivíduos, ele esta diretamente ligado a varias alterações sendo elas fisiológicas e biológicas que envolvem diversos fatores endógenos do corpo como também os exógenos. O processo de envelhecimento pode ser entendido como sadio ou doentio de acordo com os hábitos adotados de cada individuo, como por exemplo a alimentação, o isolamento, sedentarismo, tabagismo e comportamentos em geral, ou seja, os fatores culturais e ambientais influenciam diretamente no processo de envelhecimento. Os transtornos mentais são os que mais comprometem a qualidade de vida do idoso, tendo como principais transtornos a depressão e a demência, refletindo negativamente na qualidade de vida do individuo acometido, tornando-o dependente de cuidados.

Já Souza;Skubs;Brêtas (2007) acrescenta que as mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade que o individuo tem de se adaptar ao meio ambiente, tendo dificuldade de socialização, passando a ser mais suscetível a incidência de processos patológicos.

Combinato et al (2010), acrescenta envelhecimento dizendo:

O envelhecimento também deve ser compreendido como um processo heterogêneo não apenas influenciado por fatores biológicos, morfológicos e funcionais mas também por fatores sócio culturais.

Lacerda et al, (2010) fala que a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes esta ligado ao envelhecimento mundial, sendo assim ocorreram mudanças no paradigma da saúde pública, visando não somente o tratamento e a recuperando de saúde, dando mais enfoque na prevenção e promoção de saúde. Adotando uma forma diferente de entender saúde que passou a ser medida não pela presença ou não de doenças e sim pelo grau de capacidade funcional e psicológica preservados.

De acordo com Cruz et al (2012):

O processo de envelhecimento biológico abarca alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade. Tais alterações podem comprometer o desempenho de habilidades motoras, dificultar a adaptação do indivíduo ao ambiente e predispor-lo à queda. Com o avançar da idade, é observada diminuição da força muscular e da elasticidade, prejuízo da estabilidade e dinâmica articular.

No envelhecimento fisiológico, vários sistemas sofrem impacto, um dos primeiros a sofrer impacto é o sistema sensorial que afeta primeiramente o visual, com a acuidade visual diminuída os idosos começam a apresentar déficit postural e com isso maior risco de queda (MENEZES; BACHION, 2012).

Em estudo pode-se identificar entre os idosos entrevistados que o conceito de envelhecimento e do ser idoso está associado ao estado emocional, nível de dependência, autonomia, perda da memória, peso, participação na sociedade, alteração da aparência física e o estado de saúde. 70% dos idosos diminuíram suas atividades, mas se sentem conservados e mais animados, não se sentindo idoso e nem envelhecido, eles se acham joviais e adotam o paradigma de que idoso é um indivíduo com idade superior a sua (DIAS et al, 2011).

Muniz et al (2007) fala que nenhum indivíduo envelhece da mesma maneira. O envelhecimento para ele é uma passagem do tempo, apresentando como um processo natural e fisiológico, devido as experiências emocionais, psicológicas e ambientais esse indivíduo se torna singular, por não existir outro indivíduo que viveu igualmente a ele, tornando-se o processo de envelhecimento individual a cada idoso, tendo características semelhantes e comuns a vários indivíduos.

Observa-se que o gênero feminino demonstra uma melhor aceitação das alterações do envelhecimento e, portanto uma melhor adaptação a perdas físicas, sociais e emocionais ocorridas na velhice, buscando sempre informações sobre auto-cuidado e incorporando atitudes mais saudáveis para possibilitar uma melhor qualidade de vida e felicidade. O gênero masculino possui uma dificuldade de aceitação das perdas, emocionais e sociais, ficando mais vulneráveis ao agravamento de doenças crônicas, essa difícil aceitação do homem é devido a inatividade por conta de antes serem produtivos e agora viverem em casa recebendo aposentadoria, tornando-se restrito ao recinto privado do lar (FIGUEIREDO et al, 2007).

Com o envelhecer torna-se cada vez mais presente a proximidade com a morte, isso leva o idoso a se conformar com as patologias que são decorrentes da idade e com isso se desanima e passa a deixar de procurar uma vida mais produtiva e saudável,

ele assimila a sua idade com a negatividade e a improdutividade, portanto eles passam a vivenciar a velhice de forma frágil e incapacitante pois assim acreditam ser menos agressivo para a vida, assimilam a queda como parte do processo de envelhecer, tornando-se uma coisa normal (CARVALHO et al, 2009).

2.1.1 Velhice

Velhice é a última fase do ciclo da vida, que é marcada por perdas psicomotoras, afastamento social, calvície, redução da capacidade de trabalho (FREITAS et al, 2006). Velhice é marcada por ser o último processo do envelhecimento humano, é um estado de condição que o indivíduo se encontra é marcada com modificações como compressão da coluna vertebral, diminuição da audição, diminuição da visão, dificuldade de locomoção, aparecimento de algumas patológicas (SANTOS, 2010).

Prado; Sayd (2006) acrescenta velhice dizendo que ela é delimitado por eventos naturais múltiplos, como por exemplo, afastamento social, perdas psicomotoras, restrições de papéis sociais, a medida que o ciclo vital se alonga devido o aumento da expectativa de vida a velhice passa a comportar subdivisões para atender as necessidades organizacionais a vida social.

Envelhecimento é definido como um processo natural sendo comum a quaisquer seres vivos, desde sua concepção até a morte. Velhice é a última fase do ciclo da vida, ou seja, a última fase do processo de envelhecimento, que são caracterizadas pela redução da capacidade de trabalho, perda de papéis sociais, solidão (RIBEIRO; ALVES; MEIRA et al, 2009).

Maia (2008) fala que no imaginário da sociedade traz uma visão negativa de ser velho que esta associada ao afastamento social, perdas psicomotoras, isolamento e a precariedade das condições de vida, devido a essa antiga visão que tiveram importantes conquistas como a aposentadoria, na atualidade uma nova adoção passa a compor os discursos sobre a velhice, representando as pessoas de idade avançada. Devido as modificações da sociedade estão sendo propostos novos estilos de vida que enfatizam a prevenção do envelhecimento na tentativa de retardá-lo, onde só é velho quem quer.

Foi realizado um estudo na zona rural de Mauriti – CE com idosos cadastrados e atendidos pelo PSF, cujo objetivo foi analisar o significado da velhice e da

experiência de envelhecer. Observou-se que eles não pensavam na velhice de um modo negativo e que ela chegava de uma forma despercebida através da aposentadoria, mesmo assim continuavam executando atividades como agricultura e participando movimentos sociais da cidade. A velhice para eles ora assume um papel positivo ora um papel de sofrimento quando ela vem acompanhada de adoecimento impedindo-os de trabalhar e dançar. Percebeu-se também que perdas como a morte de algum parente pode afetar a auto-estima do idoso, de certa forma eles podem enfrentar essas perdas com coragem ou podem se sentir fracos para enfrentá-las (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2009)

De acordo com Combinato et al (2010), a velhice constitui um estágio de envelhecimento humano, onde cada indivíduo vivencia um conjunto de perdas e ganhos. A idéia ligada a velhice de incapacidade, dependência, doença e afastamento ainda prevalece nas imagens sobre a velhice. A partir do desenvolvimento do capitalismo, após a Revolução industrial que a velhice passou a significar decadência, pois na antiguidade a velhice era sinônimo de poder aquisitivo, muitas terras e riquezas.

Por isso é importante respeitar os direitos e desejos do indivíduo velho, respeitando a sua autonomia, direito a igualdade, dignidade e autonomia, combatendo toda forma de discriminação e estimulando esse indivíduo velho a participar socialmente da comunidade em que se vive, para que o idoso possa ter satisfação em viver a velhice (SANTOS, 2010). Envelhecimento esta diretamente ligado a processo, velhice a fase da vida e velho ou idoso é o resultado final (FREITAS et al, 2006).

De acordo com Marchi Netto (2004) a chegada da velhice trás consigo mudanças anatômicas e algumas principais mais visíveis como por exemplo a pele torna-se mais ressecada, tem diminuição da elasticidade ficando mais pálida e perdendo o brilho natural da jovialidade. Ocorre também a queda dos cabelos e passam a tornar-se embranquecidos, aqueles cabelos que caem raramente voltam a crescer naquele local principalmente em homens que podemos chamar de calvície, ocorrem mudança na postura do tronco e das pernas devido ao enfraquecimento do tônus muscular e dos ossos, isso torna a curvatura do torax e lombar mais acentuada. Diminui ainda os movimentos articulares devido as articulações ficarem mais endurecidas interferindo negativamente no equilíbrio e na marcha desse idoso. As alterações fisiológicas podem ser observadas pela lentidão do pulso, o ritmo

respiratório torna-se mais cansado a qualquer esforço, a digestão é mais lenta e ainda ocorre diminuição da capacidade sexual tanto do gênero masculino, quanto do gênero feminino que pode ser percebida por eles.

Em 1º de outubro de 2003 é sancionada a lei 10.741 que dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências, que assegura os direitos dos indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos sendo considerado esse indivíduo uma pessoa idosa (BRASIL, 2013).

Portanto pode-se perceber que o ser humano na velhice fica mais propenso a perdas cognitivas, evolutivas, eventos biológicos, psicológicos, o importante é que não se pode dizer que na velhice acontecem mais perdas do que ganho pois velhice não é sinônimo de doença e muito menos podemos dizer que esses indivíduos ficam impedidos de envolver-se com quaisquer atividades (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2009).

2.1.2 Idade biológica

Idade biológica é a idade que as suas células possuem, desde o momento da concepção até o momento da morte, a idade biológica começa a ser contada quando houve a concepção da célula e não a partir do nascimento do recém nascido, durante toda a gravidez a idade já esta sendo contada (FREITAS et al, 2006).

2.1.3 Idade cronológica

A idade cronológica é definida como a idade que se é dado cada vez que se faz aniversário, ou seja, passa a ser contada a partir do dia de nascimento, então cada indivíduo possui idade biológica e idade cronológica, sendo cada indivíduo é mais velho biologicamente do que cronologicamente (FREITAS et al, 2006).

2.1.4 Idade cronológica e psicológica

Diz respeito como cada pessoa avalia a sua idade, por exemplo é comum um indivíduo passar a impressão de que sua idade psicológica seja menor que a sua

idade cronológica, tem relação com a capacidade que o indivíduo tem de percepção, aprendizado e memória (FREITAS et al, 2006).

2.1.5 Idade cronológica e social

A idade social diz respeito com a capacidade de adequação e ao desempenho de papéis que o indivíduo desempenha na sociedade, formas de comportamentos e relacionamentos esperados para indivíduos de sua idade. Pode ser percebido que indivíduos que nasceram, cresceram e se relacionaram com velhos, possuem facilidade de aceitação ao idoso, podem compreender, aceitar e promover a velhice (FREITAS et al, 2006).

2.1.6 Gerontologia

Gerontologia é a ciência do envelhecimento, estuda o processo do envelhecimento do ser humano, seja ele normal ou patológico, abrangendo todos os seus âmbitos que são eles clínicos, orgânicos, biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, ambientais e histórico. (TAVARES et al, 2008).

A gerontologia pretende intervir no processo de envelhecimento de modo a conhecer, prevenir e provocar mudanças (PRADO; SAYD, 2006).

Pavarini et al (2005) acrescenta gerontologia dizendo que ela estuda o processo de envelhecimento nas suas diversas dimensões, é multidisciplinar pois agrega conhecimentos teóricos de diferentes disciplinas, e também é interdisciplinar devido a complexidade do fenômeno que é a velhice, na ótica atual se constitui uma especialidade de diferentes profissões, temos o médico, psicólogo, enfermeiro, desde que se especializam em gerontologia.

- Gerontologia social: compreende aspectos não-orgânicos, como aspectos antropológicos, sociais, éticos. (FREITAS et al, 2006). É constituída por diversas áreas como psicologia, direito, serviço social (PRADO; SAYD, 2006)
- Gerontologia biomédica: estuda o fenômeno do envelhecimento molecular e celular, caminhando pelos estudos de prevenção de doenças associadas a velhice (FREITAS et al, 2006).

Foi realizado um estudo no Estado de Minas Gerais com o objetivo de descrever os conceitos de idoso e gerontologia e a contribuição do ensino de gerontologia para a vida profissional. Observou-se que o estudo de gerontologia na faculdade de enfermagem possibilita uma visão positiva com relação ao idoso. Os discentes relataram que através do estudo da gerontologia foi possível rever preceitos sobre o idoso, o contato com ele faz com que seja elaborado os conceitos e atitudes a cerca do envelhecimento que antes era visto de forma negativa. Observou-se também o aumento de interesse por parte dos discentes de enfermagem no cuidado ao paciente idoso, esse interesse foi gerado a partir da disciplina de gerontologia e pelo contato com o idoso nos estágios. Neste estudo grande parte dos discentes aborda o aspecto multidimensional da gerontologia, considerando as variáveis que envolvem o processo de envelhecimento. Através dessa perspectiva do discente de enfermagem, pode-se observar que o estudo do envelhecimento é ferramenta principal para a formação profissional e de cidadãos comprometidos com o envelhecimento, podendo ser educadores e transformadores da realidade de vida do idoso, para uma melhor qualidade de vida (MONTANBOLI et al, 2006).

2.1.7 Geriatria

Geriatria pode ser explicada como ciência especializada aos problemas de saúde do idoso, ou seja, tratamento das doenças dos velhos. A geriatria tem o objetivo de prevenir, tratar as doenças dos velhos e cuidar daqueles que possuem as doenças mais avançadas com intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida para aquele individuo (MOTTA, 2002).

Verifica-se, pois, que tanto a gerontologia como a geriatria abrigam profissionais especializados dedicados ao tratamento da velhice, sendo ela entendida como o processo de modificações que ocorre no organismo humano em relação a duração cronológica, acompanhado de alterações de comportamentos e de papéis sociais (MOTTA, 2002, p.223).

A Sociedade Brasileira de geriatria foi fundada em 1961, filiada a Associação Médica Brasileira, somente em 1968 passou a denominar-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (PRADO; SAYD, 2006).

2.1.8 Senescência e senilidade

Freitas et al (2006, p. 10) relata o conceito de senescência e senilidade da seguinte maneira:

Senescência são alterações normais do idoso, resultado de um somatório de alterações orgânicas, psicológicas e funcionais do envelhecimento, caracterizada por aparecimento de cabelos brancos, rugas, flacidez, calvície.

A senilidade é o desenvolvimento de uma condição patológica seja ela por acidente ou doença e também por desenvolvimento de estresse emocional. Senescência é o processo de envelhecer de modo progressivo, sendo ela a diminuição da reserva funcional (CIOSAK et al, 2011).

Senilidade são as doenças que mais acometem os idosos tendo elas como principais hipertensão, artrose, traumas devido a queda (CANIZARES; JACOB, 2011).

Silva et al (2007) acrescenta algumas doenças mais comuns ao idoso sendo elas aterosclerose, osteoporose, doenças cardíacas, artrite reumatóide, diabetes mellitus, doença de Parkinson, doença de alzheimer, incontinência urinaria, perda de memória e depressão.

A depressão é considerada como uma síndrome com transtornos de humor. A depressão em idosos possui vários motivos desde fatores genéticos a fatores desencadeados como por exemplo o fator emocional, perda de algum parente querido (SILVA et al, 2007).

Aterosclerose é o processo de envelhecimento das grandes e médias artérias do corpo, que passam a se tornar endurecidas e estreitas, com isso ocorre o depósito de gordura na parede dessas artérias, possibilitando um risco a embolias e infartos (SILVA et al, 2007).

A osteoporose é uma das doenças mais comuns em idosos, é uma doença do metabolismo ósseo, ocorre uma diminuição da massa óssea do esqueleto e uma deterioração da macroarquitetura do tecido ósseo, tornando o indivíduo mais suscetível a fraturas, é uma doença que não tem sintomas (SILVA et al, 2007).

A hipertensão arterial é uma enfermidade de origem multifatorial (FLACK et al., 1992). A hipertensão do idoso caracteriza-se por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume

intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado (SILVA et al, 2007).

Doença de Parkinson é uma doença neurológica caracterizada por tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural. É uma doença que acomete mais os indivíduos homens do que as mulheres, acometendo mais em pessoas na terceira idade (SILVA et al, 2007).

Alzheimer é uma doença também conhecida como esclerose ou caduquice. É uma doença que apresenta uma etiologia complexa tendo como influencia fatores genéticos e ambientais, é uma doença degenerativa do sistema nervoso central que no decorrer dos dias vai ocasionando perda gradual da memória, comportamentos agressivos e presença de distúrbios psicóticos, o individuo começa a perder os movimentos motores, fica desorientado, ocorre a mudança de personalidade e no estado mais avançado da doença o individuo passa a ter dificuldade de falar (SILVA et al, 2007).

Senescência esta relacionado as alterações normais do idoso que são o aparecimento de rugas, cabelos brancos, diminuição da visão, audição, diminuição da força muscular, diminuição da mobilidade, resistência, reflexos mais lentos, menor agilidade, desgaste, limitações (MENEZES; LOPES; AZEVEDO, 2009).

Com o aumento da população brasileira de idosos podemos observar uma questão muito frequente, pouco discutida mas que ocorre com a maioria dos idosos que é a queda (MENEZES; BACHION, 2008).

2.1.9 Autonomia, independência e autocuidado

Autonomia é a capacidade que o individuo tem de tomar suas próprias decisões, seguir suas próprias regras e independência é a capacidade que o individuo tem de realizar algo por seus próprios meios sem ajuda de ninguém. No caso do idoso é muito comum que ele seja independente financeiro mais dependente afetivo, ou seja, ele pode ser totalmente independente de um ponto de vista e dependente de outro. Referindo-se a autonomia ele pode ter autonomia e ser dependente, como por exemplo, tem a capacidade de decidir aonde quer ir, mas precisa de auxilio para

executar essa ação. É importante que na velhice tente manter a autonomia e o máximo de independência possível, para que o idoso possa ter uma boa qualidade de vida. (FREITAS et al, 2006).

Um idoso que não necessita de ajuda e nem de supervisão para realizar suas atividades diárias é considerado um idoso saudável, mesmo que possua uma ou mais doenças crônicas. Capacidade funcional é definida como a capacidade que o indivíduo tem de manter as habilidades físicas como caminhar, mover-se de forma geral e mentais como poder tomar suas próprias decisões, que são necessárias para uma vida independente e autônoma. No estudo realizado por Thober; Creutzberg; Viegas (2005), as atividades que mais mostravam dependência são aquelas relacionada a movimentação e deslocamento como vestir e tomar banho, devido a dependência eles necessitam de maior apoio de um cuidador por exemplo. O grau de dependência do idoso influencia diretamente na vida do idoso e na vida familiar pois eles necessitam de maiores cuidados, deve-se ter uma rotina para esse idoso, adaptar o ambiente de acordo com as necessidades que demanda do idoso (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

De acordo com LACERDA et al (2010) o idoso se torna dependente quando ele perde a capacidade de recorrer aos seus próprios, dependendo de outra pessoa para realizar atividades como sentar e levantar. A autonomia o idoso perde quando ele não possui capacidade de se governar ou decidir por si próprio. Perder a independência não significa perder a autonomia, um idoso pode ser dependente mais ter autonomia pois ele esta em suas faculdades mentais, ou seja, ele decide onde quer ir por exemplo, mais necessita de auxilio para realizar essa tarefa. Quando se perde a autonomia, na maioria das vezes se perde a independência, pois se ele não esta apto para decidir sobre si mesmo, então ele passa por se tornar dependente de outro individuo, esse individuo passa a tomar as decisões por ele.

Costa; Nakatani; Bachion (2005) realizaram um estudo no município de Goiânia com 116 idosos, cujo objetivo foi de caracterizar o perfil dos idosos atendidos por uma equipe de PSF quanto a sexo, idade estado civil, religião e o outro objetivo foi avaliar a capacidade desses idoso para desempenhar atividades da vida diária. Nesse estudo observou-se que 57,9% dos idosos eram totalmente independentes e não necessitava de ajuda para realizar suas atividades de vida diária (AVD), 37,9% dependia para algumas atividades, 4,2% dos idosos dependia de auxilio para

realizar a maioria das AVD, 42,1% apresentava alguma dependência. Em relação a dependência 45% dos idosos relataram precisar de ajuda para subir escadas, 15% precisa de auxílio no banho, 10% necessita de ajuda para deambular, outros necessitam de ajuda para comer representando 7,5% da amostra, 7,5% precisa de auxílio para se vestir e também 7,5% precisa de ajuda para passar da cama para a cadeira, sendo que somente 5,0% da amostra necessita de auxílio para mover-se na cama.

A teoria de Orem diz que o autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos, que a pessoa dirige a si mesma o cuidado, ao demais ou ao seu ambiente, quando o autocuidado é eficaz, ele ajuda a manter a integridade e o funcionamento do corpo, saúde e bem estar, contribuindo para o desenvolvimento humano (FREITAS et al, 2006).

É percebido que quando as pessoas se envolvem no seu tratamento os resultados são mais gratificantes. Se desenvolvermos atitudes de autocuidado, na infância, na juventude e na fase adulta com hábitos alimentares saudáveis, com certeza teremos uma velhice saudável. O envelhecimento saudável não depende da idade cronológica, mais sim da capacidade que cada organismo em responder as necessidades da vida cotidiana, a motivação física e psicológica, a força de vontade para continuar buscando novos ares na vida. São medidas básicas para um programa de saúde no qual é visado a qualidade de vida do idoso, o controle de peso, a atividade física, alimentação saudável, a saúde bucal, o uso adequado de medicamentos, prevenção de quedas, vacinação, e cuidados com a pele (FREITAS et al, 2006).

O estado de saúde do indivíduo não influencia somente as percepções de bem estar mas também as sensações de bem-estar dos indivíduos que influenciam também as sensações e percepções e comportamentos associados a saúde de outros indivíduos (MAZO et al, 2007).

Um estudo realizado com idosos para saber sobre envelhecimento ativo sobre o seu olhar a respeito do envelhecimento percebeu-se que os idosos faziam uma ligação de envelhecimento ativo com independência funcional, ou seja, a autonomia para realizar suas atividades da vida diária. A visão favorável do envelhecimento se deu a poderem realizar as atividades domésticas, poder cuidar de suas casas, passear, realizar atividades físicas, serem independentes. A visão desfavorável relatadas

pelos idosos foram as dificuldades enfrentadas, tanto na realização de atividades da vida diária quanto na relação com seu grupo de pertença. O envelhecimento quando não associado à palavra ativo estava associado a incapacidade e perdas, o que demonstra a dificuldade de aceitação da velhice por eles. Mesmo com a existência de perdas deve-se estimular o envelhecimento ativo pois ele possibilitara vida plena com qualidade. O envelhecimento ativo ligado bio-psicosocial de um ser humano que mesmo velho, ainda está inserido em um contexto social, sendo capaz de desenvolver suas potencialidades (FERREIRA et al, 2010).

2.2 QUEDA

A queda é definida com um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, que pode ser da própria altura ou de outro ambiente como da cadeira, a queda pode deixar seqüela ou levar até mesmo a morte, as quedas em idoso são bem comuns e aumentam cada vez mais com a idade. Os fatores causadores de queda são classificados como intrínsecos e extrínsecos, os intrínsecos são aqueles decorrentes das alterações fisiológicas do envelhecimento como doença de doença de Parkinson, osteoporose, efeitos de fármacos, já os extrínsecos, são fatores relacionados ao ambiente que são um desafio para o idoso, como seus sapatos, brinquedos espalhados pela casa, tapetes. Uma forma de prevenção de quedas em idosos é a orientação da família sobre como tornar um ambiente seguro para o idoso, diminuindo a incidência de quedas. Além das seqüelas a queda leva a perda da independência e da qualidade de vida do idoso, refletindo também em seus cuidadores e familiares que deverão se mobilizar em torno que cuidados especiais (SÃO PAULO, 2013).

Maia et al (2010) acrescenta dizendo que 30% das pessoas com 65 anos ou mais caem pelo menos uma vez ao ano, porém todas os indivíduos de todas as idades correm o risco de queda, contudo para os idosos a queda possui um significado relevante pois além da incapacidade a queda pode gerar injúria e morte. Quando o idoso perde a autonomia e a dependência, essa conseqüência gera custos muito altos pois podem precisar de cuidar ou a família decide por colocá-lo em um asilo.

São diversos os impactos que a queda trás para a vida do idoso, como morbidade, hospitalização, asilamento, diminuição da capacidade funcional do corpo, tornando – o dependente (RIBEIRO et al, 2006).

De acordo com Pimentel; Scheicher (2009) os idosos sedentários possuem 15 vezes mais risco de queda do que aqueles que realizam atividades físicas, é importante citar que a atividade física trás vários pontos positivos aos idosos como maior força muscular, aumento do equilíbrio, melhor coordenação motora e risco diminuído para queda.

As quedas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, em decorrência da freqüência, da morbidade e do elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas (COUTINHO; SILVA, 2002).

De acordo com Carvalho; Garcês; Menezes; Silva (2009), devido a recorrência de quedas o idoso passa a ter uma visão de que a queda é normal, ele se conforma com este estado acreditando que é normal cair na velhice e daí passa a limitar de forma à fica restrito em viver somente no espaço de sua casa que é adaptado para assim tentar evitar a queda, pois devido isso ele adota um pensamento de que ser velho significa estar excluído de lugares, estar excluído socialmente. Esse pensamento deve ser trabalhado no idoso para que ele deixe de existir pois existem vários recursos que são oferecidos para o idoso com o intuito de oferecer um envelhecimento e uma velhice de saudável e de forma que o idoso possa de sentir feliz.

Estudos mostram que 31,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez no ano. (SIQUEIRA et al, 2007).

De acordo com Maia (2008) são varias as conseqüências geradas pela queda desde as conseqüências físicas que variam de fraturas, entorses e feridas à conseqüências sociais e psicológicas como mudança de vida, tristeza, abandono de atividades diárias, medo de cair, perda da autonomia, isolamento, perda da independência, diminuição das atividades socais sentimento de impotência e rearranjo familiar, pois passam a serem mais dependentes e necessitam de auxilio para realizar atividades que antes realizavam sozinhos.

Os custos por queda em idosos são muito altos e a cada ano o Sistema Único de Saúde (SUS), tem gastos crescentes com tratamento de fraturas decorrentes de

quedas. No ano de 2006 foram gastos R\$ 49.884.326 devido a internação de idosos com fratura de fêmur e R\$ 20 milhões somente com medicamentos que ajudem no tratamento de fraturas. Em 2005, 61.368 pessoas hospitalizadas foram decorrentes de queda por pessoas de 60 anos ou mais, representando assim 2,8% das internações de todos os idosos no país. 20% dos casos de quedas necessitam de visitas adicionais ao médico e 24,5% das quedas nos idosos necessitam de internação (MAIA et al, 2011).

As quedas em idosos merecem destaque pois tornou-se um problema de saúde pública devido a frequência com que acontecem, a morbidade advinda desse evento, os custos financeiros e sociais são muito elevados, as lesões decorrentes desse evento que são passíveis de serem prevenidos. Sendo responsável pelo declínio da capacidade funcional, da diminuição da qualidade de vida dos idosos e dos grandes motivos para institucionalização. Refletem ainda nos cuidadores familiares que devem adotar novas rotinas com o intuito da reabilitação ou adaptação do idoso após a queda. Medidas de prevenção e promoção de saúde devem ser adotadas com o objetivo de diminuir a ocorrência desses eventos e com isso diminuir as complicações secundárias (CRUZ et al, 2012).

2.2.1 Fatores intrínsecos de queda

Fatores intrínsecos de queda são aqueles relacionados a alterações patológicas ou fisiológicas do envelhecimento e então ao uso de medicamentos, os fatores intrínsecos também estão relacionados à alguma patologia específica que não faça parte do processo de envelhecimento mas que possui risco de queda (SÃO PAULO, 2013).

As alterações (patológicas e fisiológicas) que ocorrem no envelhecimento acarretam quedas como, por exemplo, alteração da Doença de Parkinson, diminuição da audição e visão, distúrbio de postura, osteoporose, artrose, labirintite (FREITAS et al, 2006).

O número de indivíduos idosos que fazem uso de medicamentos para alguma patologia crônica vem crescendo devido ao aumento do número de idoso. Observou-se que grande parte dos indivíduos idosos acima de 60 anos que chegam ao pronto

socorro devido a queda, tiveram algum tipo de fratura e usavam medicamentos de forma crônica. Este estudo foi realizado em São Paulo com 205 pacientes internados pelo serviço de ortopedia e traumatologia, acima de 60 anos, que foram vítimas de fraturas por queda e que usaram medicamentos até 24 horas antes da queda. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, os que tiveram fraturas e o grupo controle que não tiveram fraturas mas que usam medicamentos de forma crônica. No grupo fratura 71,7% eram mulheres e 72,5% das quedas os idosos utilizaram medicamentos nas últimas 24 horas. No grupo controle 62% das quedas eram homens e 60,3% dos indivíduos que caíram utilizam medicamentos de forma crônica. Os principais medicamentos usados foram enalapril, fenobarbital, hidroclorotiazida, metildopa, diazepam, captopril, fluoxetina, amiodalona, atenolol, cinarizina, clonazepam, digoxina, flunarizina, glibenclamida, nifedipina. Foi observado que o número de queda com fraturas foi maior naqueles indivíduos que faziam uso de captopril, clonazepam, hidroclorotiazida, pois são drogas que podem gerar hipotensão, sonolência, tontura e maior necessidade de urinar no turno da noite, o que faz com que o idoso levante da cama sem esperar alguns minutos causando tontura que por fim pode gerar a queda. Enfim pode-se dizer que o uso de medicamentos de forma crônica está diretamente relacionada com a queda (HANRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).

De acordo com Pinho et al (2012) a utilização de múltiplas drogas pode favorecer o aumento de queda no idoso. A associação entre queda e o uso de múltiplos medicamentos pode ocorrer devido a utilização inadequada, superdosagem, efeitos adversos e interações medicamentosas. Pinho et al (2012) também nos fala que neste estudo a incidência de quedas tiveram maior prevalência os fatores extrínsecos que se refere ao ambiente inadequado em que o idoso interage como o quarto, sala, cozinha, quintal e também calçados. Para a ocorrência de queda não existe uma causa única e sim uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que pode haver a minimização desses riscos devido a adaptação do ambiente para o idoso, favorecendo para uma diminuição do risco de quedas.

Serão descritas abaixo algumas alterações patológicas e fisiológicas que estão ligadas a queda. Existem vários fatores intrínsecos de queda, foram escolhidos os mais comuns para serem abordados como equilíbrio e locomoção, diminuição da audição e visão, osteoporose, tontura, doença de Parkinson (FREITAS et al, 2006).

Diminuição da visão no idoso é muito comum pois no envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas tendo impacto nas funções realizadas pelos sistemas afetando assim o sistema sensorial que afeta a visão. Uma das doenças oculares mais comum nos idosos é a catarata (MENEZES; BACHION, 2012).

O comprometimento da visão é definido pelo valor da acuidade da visual, que é a parte da visão de cada indivíduo, é a capacidade que ele tem em discriminar cores e contrastes, conseguir medir a distância entre dois pontos e a profundidade (LUIZ et al, 2009).

Com o envelhecimento um dos primeiros sistemas a sofrerem impacto é o sistema sensorial e conseqüentemente o visual. A partir dos 40 à 50 anos se inicia a presbiopia que é a redução da capacidade de acomodar e focalizar objetos próximos, esse é um dos primeiros sintomas de que o indivíduo está envelhecendo. É muito freqüente também as alterações funcionais visuais como por exemplo a diminuição da acuidade visual, que após os 60 anos se inicia um declínio gradual, podendo chegar a perda de até 80%, também associado a diminuição da acuidade visual está a diminuição do campo visual periférico que se caracteriza pela diminuição da sensibilidade ao contraste, dificuldade de diferenciação as cores, dificuldade de recuperação quando exposto a luz ofuscante, dificuldade de adaptação ao escuro e dificuldade de noção de profundidade. O conjunto de circuitos mais complexo do sistema sensorial é o sistema visual que se organiza em vias que vão da retina até os lobos parietal e temporal. As vias que se ligam ao córtex temporal inferior são responsáveis por detectar contrastes, a forma de um objeto, a cor e conseguir detectar o contorno de cada objeto, já as vias que se ligam ao córtex parietal posterior são responsáveis pela percepção e detecção de movimentos e noção de profundidade. As doenças oftálmicas mais comuns no idoso são a catarata e o glaucoma. A diminuição da acuidade visual constitui um fator de risco para queda em idosos (MACEDO et al, 2008).

De acordo com Póvoa et al (2000) lesão progressiva do nervo óptico e perda característica do campo visual que pode levar a cegueira é chamado de glaucoma, é uma doença assintomática fazendo com que seu diagnóstico seja dado tardiamente, por isso é fundamental que a população de risco que é a população idosa, vá freqüentemente ao oftalmologista. Estima-se que a partir do ano de 2000, 66,8 milhões de pessoas sejam portadoras do glaucoma.

A catarata é definida por uma opacidade do cristalino que difrata a luz, conseqüentemente acarreta um efeito negativo na visão, de acordo com a organização mundial de saúde a catarata é a doença visual que mais acomete as pessoas no mundo, acometendo principalmente os idosos. Observou-se que a baixa acuidade visual está relacionada com uma ou mais causas de quedas nos idosos (MACEDO et al, 2010).

No envelhecimento é normal os indivíduos idosos apresentarem perda auditiva é um fenômeno de alta prevalência nos idosos, podendo levar a uma serie de dificuldades como por exemplo na comunicação oral e na interação com a sociedade e família. É definido como presbicia a perda auditiva devido a idade, a prevalência é de 30% em idosos de 65 anos ou mais. A presbicia é um declínio auditivo resultado do somatório de fatores negativos intrínsecos e extrínsecos, causa por uma degeneração coclear, que afeta a base da cóclea causando perda da percepção auditiva das freqüências altas. A diminuição da audição periférica nesta idade trás prejuízo na audição como um todo, dificultando as relações sociais como um todo, dificultando não só o ouvir, mas também na compreensão do que é ouvido. A presbicia é considerado uma deficiência auditiva normal que vai aumentando progressivamente com a idade que acarreta efeitos nas atividades e na participação social dos indivíduos afetando a qualidade de vida. A audição periférica é responsável pela amplificação, condução das ondas sonoras, percepção das vibrações sonoras e da transformação em impulsos nervosos, já a audição central é responsável pela condução dos impulsos nervosos, através das vias auditivas, até chegar ao córtex auditivo para então serem codificados e recodificados ganhando significado lingüístico. As atividades periféricas então são responsáveis pela sensação do som e as atividades centrais pela decodificação da mensagem que foi recebida. O diagnóstico e a intervenção precoce, são de suma importância para que o idoso possa ter uma boa qualidade de vida. A reeducação auditiva para os idosos devem priorizar a introdução de um aparelho auditivo com a intenção de amplificação sonora individual, é importante também que o idoso e família sejam orientados quanto aos benefícios do aparelho, pois sem uma orientação adequada muitos idosos acabam por não utilizar o aparelho, pois apenas 11% dos idosos com deficiência auditiva usam o aparelho, portanto a maioria deles ficam com a qualidade de vida prejudicada (VERAS; MATTOS, 2007).

A perda da massa muscular começa a partir dos 30 anos que vai progredindo com a idade aumentando significativamente aos 50 anos. Neste momento ocorre a substituição da proteína contrátil por lipídios intra e extracelulares e por proteína estrutural. Por volta dos 65 à 80 anos ocorre a diminuição da força muscular isométrica diminuindo 1,5% por ano e a potência muscular diminui 3,5% ao ano. A perda da potência muscular é maior que a força devido a perda das fibras de contração rápida. A diminuição da potência muscular que determina a diminuição da velocidade de contração muscular devido a esta perda nos músculos responsáveis pela postura ortostática pode contribuir para um aumento do número de quedas (FRANCO et al, 2009).

De acordo com Freitas et al (2006). O controle postural ou equilíbrio pode ser definido como:

Um processo que o sistema nervoso central gera padrões de atividade muscular que são muito necessários para coordenar a relação de força muscular com estabilidade ou base de suporte. É um processo que envolve não só o sistema motor como também o sensorial, ou seja, mecanismos aferentes e eferentes. As respostas sensoriais e motoras são organizadas pelo sistema nervoso central que recebe e organiza os estímulos e realizam respostas apropriadas para um determinada estímulo.

Macedo et al (2008) fala que a capacidade para manter o equilíbrio e o controle postural é importante para que se possa desenvolver as atividades da vida diária, como por exemplo, sentar e levantar de uma cadeira, ou até mesmo caminhar. Idosos que possuem déficits de equilíbrio correm maior risco de quedas.

O equilíbrio postural está relacionado ao controle da relação entre forças externas (força gravitacional), que agem sobre o corpo, e forças internas (torques articulares), que são produzidas pelo corpo. Devido essa dificuldade de locomoção e equilíbrio é que ocasiona a queda (BARELA, 2000).

Outras causas que geram quedas são as alterações fisiológicas que são comuns a todos os idosos como a diminuição da audição e visão, a diminuição da visão e audição faz parte da senescência que é comum ocorrer em todos os idosos, a visão do idoso geralmente é mais embaçada, o que dificulta bastante o idoso a enxergar

objetos espalhados pela casa por exemplo e a audição do idoso é bem diminuída o que dificulta um pouco a comunicação (FREITAS et al, 2006).

A doença de Parkinson é outro fator relevante que gera queda. A doença de Parkinson não acomete todos os idosos, sendo um processo de senilidade, mas os que possuem essa patologia tem um fator ainda mais agravante para a queda. De acordo com Pinheiro et al (2006) a doença de Parkinson é um distúrbio neurológico progressivo que possui como característica a degeneração das células, os principais sinais são tremores de repouso, bradycinesia, rigidez, postura flexionada para frente, bloqueio motor e alterações reflexos posturais.

De acordo com Melo; Barbosa; Caramelli (2006) a doença de Parkinson (DP) é conhecida como uma moléstia degenerativa que tem sua causa desconhecida, é uma doença muito comum em idosos acima de 50 anos e no Brasil tem prevalência estimada de 3,3%. A DP também causa modificações na qualidade de vida dos idosos, principalmente se for associada á demência, que é muito comum na maioria dos casos a demência se manifestar 12 meses após o início da manifestação da DP. A deficiência dopaminérgica na retina provoca diminuição da visão devido a dificuldade de perceber contrastes espaciais. Os indivíduos que não fazem tratamento medicamentoso possuem dificuldade de mudar o foco de atenção, quando por exemplo são submetidos a estímulos visuais. É importante compreendermos que a doença de Parkinson não compromete somente o sistema motor do indivíduo, mas provoca também outras manifestações e alterações cognitivas, que podem aparecer no início ou no decorrer da doença.

Pinto et al (2009) define doença de Alzheimer (DA) como uma demência que afeta a maior parte dos idosos comprometendo sua integridade, seja ela, física, mental e social. Na fase mais avançada da DA leva o idoso a dependência total, exigindo cuidados cada vez mais complexos com o decorrer da doença.

Luzardo; Gorini; Silva (2006), acrescenta doença de Alzheimer dizendo que é uma doença degenerativa e progressiva que gera múltiplas demandas e altos custos financeiros, tornando-se um desafio para o poder público e para os profissionais de saúde. É um tipo de doença com mais facilidade de se desenvolver em indivíduos com idade avançada. A DA afeta primeiro a formação hipocampal, que é o centro de memória de curto prazo, além desse comprometimento ela também afeta a linguagem tornando a fala embolada, diminuição da orientação, o idoso passa a ter

diminuição de atenção, passa a ter dificuldade para resolver problemas, em fase mais avançada da doença passa a não resolver mais seus problemas, dificuldades para desenvolver atividades da vida diária. Os estágios da doença são caracterizados como processo demencial em leve, moderado e severo, esses estágios são devido a degeneração progressiva, podendo ser variável por conta das diferenças de um indivíduo para o outro.

Christofolletti et al (2006) diz que em estágios leves da doença o risco de queda esta equiparado a pessoas saudáveis, mais nos estágios moderado e severo o aumento do risco de queda esta relacionado ao visual e alterações cognitivas.

Os critérios clínicos para o diagnostico de DA incluem o comprometimento da memória e outros distúrbios como afasia e apraxia. O declínio funcional interfere diretamente nas atividades da vida diária e também na autonomia do indivíduo. A as habilidades cognitivas, monitorar a capacidade de desenvolver atividades da vida diária, observar sempre o comportamento e a gravidade do quadro. Os primeiros sinais de DA são dificuldade em pensar com clareza, começam a ter lapsos e se confundir facilmente, começam a apresentar diminuição do rendimento funcional em realizar tarefas mais complexas, apresentam esquecimento de coisas que aconteceram recentemente e possuem dificuldades para registrar novas informações. Com o progredir da doença o idoso passa a ter dificuldade em realizar tarefas mais simples como por exemplo utilizar utensílios domésticos, alimenta-se e cuidar da própria higiene. No estagio mais avançado da doença o indivíduo perde a capacidade de funcionar de forma independente, tornando-se totalmente dependente de um cuidador, o quadro se agrava ainda mais quando o indivíduo desenvolve alterações comportamentais. O óbito geralmente vem depois de 10 à 15 anos do desenvolver da doença, como complicações de comorbidades clinicas ou quadros infecciosos (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A osteoporose é a doença patológica mais comum dos idosos, que é uma desordem esquelética crônica que é caracterizada por resistência óssea comprometida, predispondo o aumento do risco de fratura, dor, deformidades e incapacidade física, portanto o idoso portador dessa patologia possui maior risco de queda (FREITAS et al, 2006).

De acordo com Cruz et al (2012) a osteoporose tem relação com quedas por conta dos indivíduos apresentarem distúrbio da marcha, alteração na postura e desequilíbrio postural o que facilita a ocorrência de quedas.

A queda é mais freqüente naqueles indivíduos com diagnóstico de osteoporose e as conseqüências geralmente são muito maiores. Indivíduos com essa patologia podem apresentar distúrbio postural, distúrbio de marcha e desequilíbrio postural o que favorece ainda mais a ocorrência de quedas (CRUZ et al, 2012).

Tavares et al (2007) acrescenta osteoporose dizendo que é uma doença que tem como característica a diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, aumento o risco para fratura.

Os sinais e sintomas da osteoporose variam de individuo para individuo, mas quando eles aparecem significa que a osteoporose já num estágio avançado, tendo como sinais mudança da postura, diminuição da altura, dor sem localização definida seja ela nas pernas ou braços, perda de peso, diminuição da tolerância em realizar exercícios físicos, dor aguda na região lombar. Os sintomas são fratura do quadril, punho e vértebras. A principal causa da osteoporose é devido a diminuição da ingestão de cálcio e vitamina D e diminuição das atividades físicas ao longo da vida, isso leva a osteoporose, outra causa também mas nas mulheres é a diminuição da produção de hormônios principalmente o estrogênio que leva a osteopenia (CUNHA et al, 2007)

De acordo com Cunha et al (2007) existem várias tipos de osteoporose, mas a osteoporose que esta relacionada a este trabalho é a de tipo II que esta associada a idade ou senilidade, esse tipo de osteoporose ocorre tanto em homens quanto em mulheres com idade igual ou acima de 70 anos. Essa forma de osteoporose esta associada a perda óssea com idade as fraturas são principalmente de vértebras, quadril e punho. A prevenção da osteoporose deve ser iniciada ainda na infância com a mudança de estilo de vida, dieta saudável com ingestão de cálcio e vitaminas D e C, exposição ao sol pelo menos 15 minutos na parte da manha, precaução à quedas, além de evitar o consumo excessivo de café, álcool e uso de tabaco. O tratamento é feito com a reabilitação através de exercícios físicos e medicamentos.

De acordo com Gottlieb; Bonardi; Moriguchi (2005) define aterosclerose da seguinte maneira:

O depósito de gordura, células inflamatórias e elementos fibrosos na parede das artérias são a principal causa de formação de placas gordurosas e que na maioria das vezes geral a obstrução ou entupimento da mesma. Qualquer artéria pode ser afetada por essa doença, as principais acometidas são a aorta, coronariana e a cerebral, causando conseqüências como infarto do miocárdio, aneurisma aórtico, isquemia cerebral. Devido à formação de trombo ocorre redução do fluxo sanguíneo no vaso acometido e com isso gera manifestações agudas sendo elas, angia instável e infarto agudo do miocárdio, essas manifestações são desencadeadas por conta da desestabilização que a placa aterosclerótica causa. A aterosclerose é uma doença que se manifesta em indivíduos adultos acima de 45 anos, com cada vez mais casos de incidência, sendo a principal doença representante dos processos patológicos cardiovasculares que são ligadas ao envelhecimento. Nos países ocidentais a aterosclerose é a doença de causa primária de 50% de todas as mortes relacionadas com infarto do miocárdio. Por ser rotulada uma doença progressiva caracterizada pelo depósito de lipídios, elementos fibrosos e inflamatórios na parede do endotélio, essa situação pode ser resultado da interação de diversas forças, sendo elas anormalidades metabólicas e nutricionais, hipertensão, toxinas exógenas como as encontradas no tabaco, proteínas anormalmente glicosilada podendo estar associada ao diabetes mellitus, infecções virais ou bacterianas. Devido a combinação desses fatores causam um comprometimento do endotélio, aumentando o influxo de LDL, acarretando o início do inflamação ou influxo de monócitos, ocorrendo uma cicatrização inadequada, formação de ateroma e trombo, enfim uma oclusão do vaso.

Tontura é outro fator intrínseco de queda do idoso, é uma das principais queixas dos idosos sendo mais comum em mulheres, conhecida como vertigem, existem mais de 60 enfermidades que podem causar tonturas, as mais comuns são vertigem periférica ou central, pré-síncope e tontura inespecífica (FREITAS et al, 2006).

As tonturas são comum em todas as idades de todas as faixas etárias, tornando-se mais freqüentes em pessoas idosas, tendo prevalência de 80% em idosos com 75 anos ou mais. Essas tonturas em sua maioria desencadeiam um desequilíbrio corporal que acabam por gerar a queda. As queixas de tontura tem menor incidência em indivíduos que possuem a vida ativa, que realizam atividades físicas, social e

intelectual. A prevalência de tontura em idosos tem relação com a alta sensibilidade dos sistemas auditivos e vestibular (ROSSI; SIMON, 2005).

Obesidade é a doença conhecida pelo aumento do peso corporal e também pelo aumento excessivo da massa adiposa corporal. Está associada a uma predisponência para hipertensão, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, outros fatores também podem desencadear a obesidade que são distúrbios metabólicos, psicológicos, socioeconômicos, genéticos e também os neurológicos (SILVA et al, 2007).

A hipertensão arterial em grande maioria é assintomática quando começam a apresentar sintomas geralmente apresentam lesões de órgãos alvos, o diagnóstico é feito pela constante verificação da pressão em consultórios médicos ou em serviços de saúde, a doença tem destaque no idoso por ser uma das doenças mais frequentes do envelhecimento. Com o envelhecimento a pressão arterial sistólica (PAS) sofre uma elevação principalmente por conta da diminuição da elasticidade dos grandes vasos, em contra partida a pressão arterial diastólica (PAD) aumenta para então se estabilizar ou reduzir-se (JOBIM, 2008).

Jobim (2008) afirma que a hipertensão tem ligação com outros fatores como a obesidade e diabetes mellitus. Devido ao avançar da idade é esperada a ocorrência de um aumento da pressão sistólica, isso acontece devido aos processos ateroscleróticos que foram se desenvolvendo na aorta no decorrer do tempo, que leva também a diminuição da elasticidade desse vaso e a rigidez. Além disso, são provocadas outras alterações como diminuição da frequência cardíaca, diminuição da complacência arterial e diminuição da pós carga, todas essas alterações contribuem para a diminuição do débito cardíaco e da fração de ejeção ventricular.

A hipertensão possui classificações no idoso que são elas: Hipertensão sistólica isolada (HSI), é quando os níveis de pressão sistólica são maiores que 140 mmHg e na diastólica são iguais ou inferiores à 90 mmHg, é importante que HSI seja o principal alvo de tratamento pois o risco cardiovascular é maior do que na hipertensão arterial diastólica (HAD). Hipertensão mista ou sistodiastólica é quando a pressão sistólica atinge níveis de 140 mmHg podendo ser igual ou maiores e a pressão diastólica a atinge 90 mmHg podendo atingir níveis maiores ou iguais, comparado a pressão arterial diastólica, a pressão arterial sistólica é mais propício a causar doenças cardiovasculares. Hipertensão diastólica isolada é quando os níveis

sistólicos atingem 140 mmHg podendo ser iguais ou menores e os níveis diastólicos atingem 90 mmHg podendo ser iguais ou maiores. Os medicamentos que regulam a pressão e também atual favoravelmente em outras comorbidades devem ser os mais preferidos devido a 80% dos idosos apresentarem uma ou mais doenças crônico degenerativa. O ideal é que a hipertensão seja prevenida, mas em caso de acometimento da doença deve ser tratada e realizado mudanças de hábitos e adoção de estilo saudável para assim proporcionar uma qualidade de vida para o idoso (JOBIM, 2008).

O diabetes mellitus é um distúrbio metabólico ligado a deficiência absoluta ou relativa de insulina , tendo como manifestações clínicas as alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropatias. O tratamento do diabetes tem o objetivo de prevenir complicações já que é uma doença incurável e sim controlável. As alterações morfológicas refere-se ao comprometimento tanto de nervos motores, sensoriais das extremidades, caracterizando-se por lesões das células de Schwann, degeneração da mielina e do axônio (MAIA; CAMPOS, 2005).

De acordo com Gross et al (2001) o diabetes inclui um conjunto de doenças metabólicas que são caracterizadas por hiperglicemia, que é o resultado de efeitos na secreção ou na ação da insulina, manifestando-se por alguns sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou também por algumas complicações agudas como a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano e falência de vários órgão como os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O diabetes é classificado como tipo I e tipo II, a diabetes de tipo I é caracterizada pela destruição das células beta no pâncreas levando a deficiência ou falta completa de insulina. Diabetes de tipo II é a mais comum sendo caracterizado por distúrbios de ação da insulina, tendo como pico de incidência aos 60 anos. O diagnóstico é baseado nas alterações de glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral, sendo que os valores normais são em jejum <110 , teste oral de tolerância a glicose(TOTG) <140 , sendo considerada diabetes melito os valores em jejum ≥ 126 e TOTG ≥ 200 , é importante saber que os resultados maiores que 200 em sua maioria possuem sintomas.

A artrose é uma doença inflamatória e degenerativa que leva ao desgaste da cartilagem articular e causa uma deformidade na articulação. É no envelhecimento

que se inicia o processo degenerativo dessa doença, além do envelhecimento a artrose pode ter outras causas como fatores metabólicos, obesidade e exercícios repetitivos. 85% das pessoas acima de 70 anos possuem diagnóstico de artrose. Os sintomas são dores, ruídos, inchaços articulares, rigidez articular, diminuição da capacidade de realizar movimentos e deformidades articulares. O tratamento de artrose é basicamente a identificação dos fatores passíveis de intervenção, dentre eles destacam-se as cirurgias, os medicamentos e a fisioterapia, tendo como objetivo controlar a dor, minimizar a progressão das lesões e prevenir limitações e deformidades (FRANCO et al, 2009).

De acordo com Ribeiro et al (2006), os problemas de saúde relatados como fator intrínseco de queda foram os problemas cardiovasculares (67,8%), osteomusculares (42,8%), endócrinos (28,6%). O uso de medicamentos também como um fator intrínseco de queda, tendo como principais medicamentos anti-hipertensivos 45,7% e anti-inflamatórios 25%.

Estudos evidenciaram que 58% das quedas em idosos são em seu domicílio e com faixa etária até 69 anos e 84,6% com idade de 80 anos ou mais, sendo que a ocorrência de queda em sua maioria esta associada a instabilidade postural. Nota-se também que o principal causador de queda é o piso molhado, sendo 72,72% das causas, ocorrendo em sua maioria no banheiro e na cozinha, os de menores frequência são as quedas causadas por objetos no quintal, totalizando 20% dos idosos estudados (LOPES et al, 2007).

2.2.2 Fatores extrínsecos de queda

Os fatores extrínsecos como já comentado são aqueles relacionados ao ambiente onde o idoso interage como sua casa, locais públicos (SÃO PAULO, 2013).

A queda da própria altura é muito comum e pode acontecer devido ao uso de medicamentos, tontura, objetos espalhados ou até mesmo sem motivo algum. A incidência de queda da própria altura aumenta com a idade variando de 34% em idosos com 65 anos chegando a 50% em idosos com 90 anos ou mais. Neste estudo foi identificado que há grande possibilidade de complicações após a queda devido a lesões graves clinicamente ocultas não diagnosticadas inicialmente, podendo acarretar em pior prognóstico (PARREIRA et al, 2010).

Foi realizado um estudo no ano de 2009 com 150 idosos para avaliar o risco de queda em idoso numa unidade básica de saúde. Este estudo nos mostra que 90,5% das quedas ocorreram da própria altura sendo que 71,4% dos idosos que sofreram quedas caíram 1 ou 2 vezes no período de 12 meses, tendo como locais mais freqüentes de queda o domicilio como quintal, banheiro e cozinha. Observou-se também que idosos saudáveis tendem a cair em locais públicos durante atividades fora de casa já idosos frágeis tendem a cair dentro de seu domicilio durante a realização de atividades rotineiras que não exigem muito esforço físico, morar sozinho aumenta o índice de queda para 75,6%. Esse estudo identificou que 74,6% das quedas foram em seu domicilio e 36% dessas quedas tiveram como fator extrínseco o ambiente inapropriado (PINHO et al, 2011).

O local mais comum de queda do idoso é a sua casa, na maioria das vezes no banheiro, mas que pode ocorrer também na sala, no quarto ou em toda a casa. O banheiro com tapetes, com box de vidro, privada baixa, cheio de espelhos, com pouca iluminação e piso, vaso e pia da mesma cor, são os principais causadores de queda, pois o idoso pode escorregar com tapetes, ter uma vertigem devido as cores iguais, quando o Box é de vidro o idoso pode perder a noção de espaço pois ele perde a noção de onde vai sair, os idosos que tem alteração na visão, podem não enxergar os tapetes levando assim a queda. O quarto que possui tapetes soltos, o idoso que anda de meia pela casa ou com sapato de solado liso, podem escorregar, as camas muito baixas e colchões muito macios podem causar desconforto ao idoso na hora de deitar e levantar, o interruptor que é muito longe da cama propicia a queda pois no escuro é complicado andar no quarto. Na sala, as casas que tem crianças sempre deixam brinquedos espalhados, travesseiros, tapetes, que o idoso pode tropeçar, pisar em falso e cair, sofás muito baixos e macios demais também propiciam a queda. Na cozinha os armários muito altos, fazem com que o idoso necessite utilizar um banco pra ter acesso as coisas que ele precisa pegar gerando um desequilíbrio do banco e conseqüentemente a queda (RIBEIRO et al, 2006).

De acordo com Fabricio; Rodrigues; Costa (2004) todos os indivíduos possuem risco de queda, porem o risco é aumentado em pessoas idosas, que podem ter conseqüências muito maior como a incapacidade, morte, diminuição da autonomia e independência. Estes autores, neste estudo tiveram como objetivo investigar a historia de queda dos idosos e os fatores relacionados. Foi observado que 54% dos

idosos que participaram desse estudo já tiveram quedas anteriormente e relataram como causa um ambiente impróprio. As principais causas relatadas por eles associadas ao ambiente impróprio são o piso escorregadio totalizando 26%, objetos espalhados pelo chão com 22%, outras causas também, trombar com outra pessoa (11%), subir em objetos para alcançar algo, queda da cama e problemas com degrau, cada um deles teve a porcentagem de 7%.

Depois do ambiente interno da casa a rua/ calçada representa fator extrínseco de queda em idoso por conter ressalto se buracos, apresenta um número de 19.2% das quedas em idosos (JAHANNA; DIOGO, 2007).

Além de toda a casa, pode não parecer, mas o animal de estimação também é um fator extrínseco que propicia a queda do idoso, pois ele pode se assustar com o barulho do animal, quando este animal é um gato, o idoso se atrapalhar com animal pois esse bicho tem costume de ficar entre as pernas das pessoas, quando é cachorro o idoso na maioria das vezes se assusta com os latidos ou também quando o animal pula em cima do idoso para brincar, levando a queda do mesmo. O animal de estimação não deve ficar pela casa, o animal deve ter um lugar específico para ele, sendo um local que não tenha muito contato com o idoso, esteja sempre preso a corrente, evitando o animal se aproximar e pular no idoso evitando a queda (SÃO PAULO, 2013).

Conforme Ribeiro et al (2006), a queda em sua maioria tem consequências, que varia de uma fratura até mesmo a morte, além de fraturas as quedas provocaram diversas consequências como medo de cair novamente e com isso o abandono de atividades da vida, proporcionando mudança de hábitos, estando diretamente ligado a um rearranjo familiar devido à necessidade de não deixar o idoso sozinho para que não ocorram novos eventos de queda, em alguns casos ocorre a mudança de domicílio ou asilamento, outra consequência muito importante é a lesão neurológica causada pela queda que leva o idoso a depender parcial ou totalmente de outro indivíduo, levando a perda da autonomia e independência.

Quando ocorre a queda o idoso perde a sua independência porque passa a depender da sua família, acaba deixando de desenvolver atividades que antes realizava por medo de cair novamente, quando ocorre a fratura de fêmur o idoso não tem a mesma qualidade de vida que tinha antes, alguns idosos que eram ativos

passam a ser acamados mudando toda rotina do idoso e da família (RIBEIRO et al, 2006).

Ribeiro et al (2006) também acrescenta dizendo como fatores extrínsecos de queda foram citados piso escorregadio na casa 70,6%, piso escorregadio no banheiro 66,2%, calçados inadequados 64,7%, degraus na soleira da porta 55,9%.

Velhice não é sinônimo de doença, velhice é uma fase da vida, isso não significa que o idoso tem que ficar em casa fazendo crochê ou jogando dama, alguns idosos praticam esportes, fazem caminhada, vão a aulas de dança e praticam atividades físicas. É importante prevenir a queda para que esse idoso apesar das mudanças fisiológicas possa ter uma vida com autonomia e independência, além da prevenção de quedas é importante que esse idoso frequente sempre um geriatra (FREITAS et al, 2006).

2.2.3 Consequências de queda

As quedas além de gerarem uma grande perda da autonomia e da qualidade de vida dos idosos, também influenciam na vida dos cuidadores e de seus familiares que precisam se mobilizar e realizar mudança em torno de cuidados especiais mudando totalmente sua rotina, tentando se adaptar e adaptar o idoso a recuperação pós queda (LOPES et al, 2007).

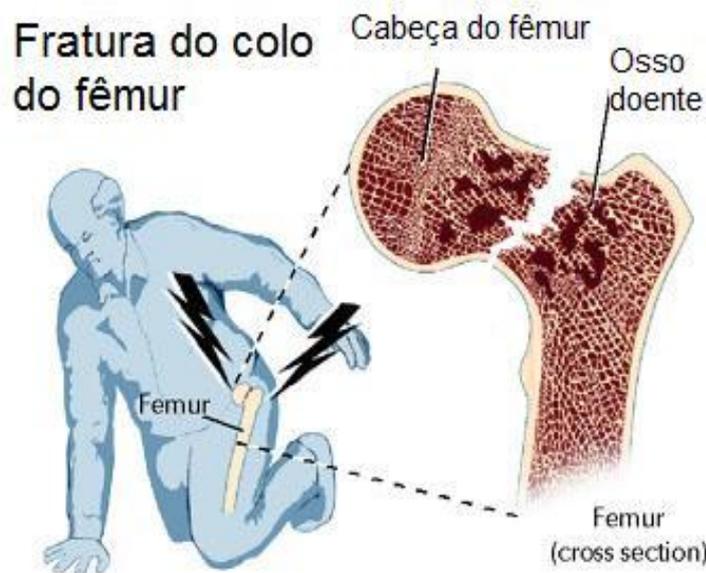
As ocorrências de fratura mais comum nos idosos são aquelas decorrentes de desequilíbrio e queda, que provocam em sua maioria a fratura de fêmur e de quadril, provocando ao indivíduo idoso imobilização por um longo período de tempo e hospitalização, devido a este fato tem ocasionado a morte de uma série de idosos (MARCHI NETTO, 2004).

As consequências de queda são variadas, desde um acidente vascular cerebral, até a morte, estudos apontam que as maiorias dos idosos após a queda apresentaram fratura de fêmur com 62%, seguidas de fratura de rádio com 12,5%, as fraturas em geral apresentaram 64% de ocorrências. Além das fraturas os idosos passaram a desenvolver o medo de cair totalizando um número de 44% dos idosos, isolamento (22%), lesão neurológica (2%), modificações de hábitos (18%), perda da autonomia (14%), depressão (2%) e asilamento (2%) (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA, 2004).

Além das consequências físicas as quedas também podem gerar consequências emocionais como medo de cair, ansiedade e depressão, pode causar também mudança de hábito, pois alguns passam a ter dificuldade de realizar atividades da vida diária (LOPES et al, 2007).

Ribeiro et al (2006), acrescenta que após a queda a maior consequência observado foi que 88,5% dos idosos passaram a sentir medo de cair, seguida de abandono de atividades 26,9%, modificação de hábitos com 23,1%, ficou com lesão neurológica 11,5% e mudou de domicílio 3,8%.

Figura 1 – Fratura de fêmur



Fonte: Diário São Carlos, 2013.

A fratura no indivíduo idoso decorrente de queda é muito comum, dentre as fraturas ósseas a mais comum é a de fêmur, devido à fratura o risco é elevado para imobilização do idoso por um longo tempo ou também pode torná-lo um indivíduo acamado, acarretando modificações negativas na vida do idoso como a diminuição da funcionalidade, perda da autonomia e da independência. O tratamento desta fratura é em sua maioria cirúrgico (MUNIZ et al, 2007).

Estudo realizado num Hospital Escola do Paraná com o objetivo de caracterizar idosos com fratura de fêmur mostrou que a maioria das fraturas de fêmur ocorre em mulheres representando 61,80% das fraturas e 38,20% das fraturas de fêmur

ocorreram em homens. Em relação ao evento que levou a fratura este estudo fala que 89,89% das fraturas foram devido a queda da própria altura, 3,37% das fraturas tiveram como causa o atropelamento, 1,12% devido a agressão e 5,62% não foram encontrados as causas da fratura. As fraturas apresentadas nesse estudo foram a transtrocanteriana 58,43%, colo do fêmur 38,20%, subtrocanteriana 2,25% e cabeça de fêmur 1,15%. Nesse estudo 14,61% dos idosos foram a óbito o que representa 13 idosos do estudo (MUNIZ et al, 2007).

A fratura de fêmur interfere diretamente na qualidade de vida do idoso devido a maioria desses indivíduos desenvolverem dependência funcional, ficando impossibilitados de desenvolver atividades cotidianas, necessitando algumas vezes de intervenção cirúrgica, reabilitação. A situação do idoso fica prejudicada pois muitas doenças se agravam devido a fratura de fêmur (AMARANTE et al, 2011).

As fraturas de fêmur estão associadas a diminuição da qualidade de vida, diminuição da independência, incapacidade funcional e diminuição da expectativa de vida. Estudo realizado sobre evolução funcional nas fraturas de extremidade proximal do fêmur, relata que os óbitos pós fratura ocorrem nos primeiros meses e diminuem com o passar do tempo. Após a cirurgia para reparação do fêmur observou-se que a maioria dos idosos tiveram diminuição da dor e necessitavam de auxílio para deambular como muletas e bengalas, mas neste estudo nenhum dos idosos tiveram conseqüências como ficar acamado ou totalmente dependente (ROCHA; AZER; NASCIMENTO, 2009).

As complicações do pós trauma são comuns devido aos mecanismos imunológicos estarem diminuídos, as infecções são as que predominam no pós trauma, tendo como mais comum a pneumonia, logo após a infecção do trato urinário, sepse que esta relacionada aos acessos vasculares, flebite e as infecções dos ferimentos devido ao acidente e a cirurgia. O suporte nutricional em idosos acometidos por trauma é de extrema importância por eles podem apresentar comprometimento do estado nutricional que leva a uma resposta inflamatória inadequada e interfere também no processo de cicatrização (SOUZA; INGLESIAS, 2001).

Devido às quedas os idosos passam a ser mais dependentes pelo medo de cair, modificando seus hábitos de vida, passando a ser um idoso com menos qualidade de vida e podendo desenvolver depressão, pois eles passam a sentir-se inútil (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA, 2004).

Carvalho et al (2009), realizou um estudo em um Hospital de urgência de Goiânia com o objetivo de compreender o pós queda sob o olhar do idosos. Pode-se observar que devido ao processo de envelhecimento e a proximidade com a morte o idoso se conforma com as patologias e acaba por deixar de procurar uma vida mais saudável e produtiva, ele passa a assimilar sua condição de vida com negatividade e improdutividade, e assim, ele acredita que vivenciar uma velhice incapaz e improdutiva facilita de forma que não seja tão agressivo a ele. A queda é responsável pelo comprometimento da capacidade funcional do idoso, causa perda da autonomia e da independência, aumenta o risco de institucionalização devido a demanda de cuidados que esse idoso passa a necessitar e por falta de condições dos familiares de adaptar-se aos novos cuidados que esse individuo requer, restrição de atividades por conta das perdas funcionais e por medo de novas quedas, prejuízos de saúde devido a ficarem com a saúde mais fragilizada, imobilização por longo período de tempo ou não mas que podem levar a outras conseqüências pois se o individuo fica acamado por um tempo ele pode desenvolver ulcera por pressão, diversas infecções e diminuição da imunidade. Após a queda o idoso torna-se menos confiante em realizar suas atividades da vida diária, seja por medo de cair novamente, ou devido a outros fatores como seu estado físico no momento, fatores psicológicos, ou sociais. Podendo ocorrer um comprometimento da capacidade funcional do idoso ao longo do tempo, o que pode expor esse idoso a um risco maior de novas quedas. Foi relatado por um idoso que ao cair ele passa a ter um sentimento de estar frágil e tenta ao máximo não se expor novamente a outro evento de queda, diminuindo suas atividades da vida, a dificuldade de realizar atividades do cotidiano gera impacto não somente na vida do idoso mas também na vida de seus familiares que precisam se mobilizar em torno de cuidados. Outros idosos citaram o medo da dependência de terceiros, eles acreditam que outra queda pode torna-los dependentes que tem o significado para eles de perda total da autonomia e da independência, esse medo e insegurança traz consigo danos a saúde psicológica deixando-o mais ansioso, medroso e dependentes por medo de realizar as tarefas da vida diária sozinho com medo de cair. A ajuda indispensável de terceiros para realizar tarefas que antes realizavam sozinhos pode influenciar negativamente no estado psicológico, emocional e físico do idoso. (CARVALHO et al, 2009).

As quedas repercutem também na vida dos cuidadores e familiares e não somente do idoso, pois eles precisam de mobilizar em torno de cuidados especiais modificando os hábitos de vida (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).

Jahana; Diogo, 2007, acrescenta também algumas conseqüências de quedas referidas por idoso que são elas, isolamento social, medo de cair novamente, perda da independência, hospitalização, imobilização, depressão e modificação de hábitos.

Após o episódio de queda muitos familiares veem como alternativa a internação do idoso numa instituição de longa permanência pois em alguns casos não sabem lidar com a dependência do idoso, outras vezes por condições de sobrevivência não possuem o condições de dar atenção integral ao idoso e não terem condições financeiras de arcar com um cuidador (CARVALHO et al, 2009).

Estudo realizado com 205 pacientes idosos com o objetivo de saber a correlação das quedas com uso de medicamentos verificou que o uso de medicamentos possui correlação com risco para queda e as conseqüências dessas quedas foram as fraturas tendo como principal delas a fratura de fêmur com 53,1% (HANRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).

Carvalho et al (2009) acrescenta dizendo,

As alterações psicológicas que surgem após a queda se mostram problemáticas e incapacitantes por se relacionarem ao déficit da capacidade funcional. Levam, assim, à disfunção do equilíbrio, depressão, alterações no controle postural, ansiedade e diminuição do convívio social.

Maia et al (2011) fala que a morte após a queda representa 28% sendo que 50% dos casos foram por conta da fratura de fêmur que gerou uma embolia e 50% dos casos foram por lesão neurológica que causou um trauma intenso. A dor do pós queda variou de 4,9% a 31% dos idosos.

Carvalho et al (2009) acrescenta também uma temática muito relevante sobre a expectativa da recuperação do pós queda baseado na fé. Pode-se constatar nas falas dos idosos que a espiritualidade é uma forma de enfrentar e ter esperança diante de um futuro incerto após a queda. Contudo a espiritualidade desses indivíduos pode ser um facilitador de adaptação as limitações e aceitação de perdas funcionais que surgem no envelhecimento. A certeza da presença de Deus faz com que os idosos consigam prosseguir sua vida com perseverança e buscando assim na fé a esperança da manutenção da saúde física e mental. A espiritualidade esta

ligada com a melhor qualidade de vida, é na religião que o idoso encontra apoio para enfrentar as adversidades que surgem no processo de envelhecimento. Devido a esse pensamento sobre a espiritualidade ela funciona então de forma positiva na saúde emocional, física e mental do idoso.

2.3 AMBIENTE SEGURO PARA O IDOSO.

Para prevenir a queda é necessário tornar o ambiente seguro para esse idoso. Um ambiente seguro precisa ter tapetes emborrachados, ser bem iluminado, cortinas claras, livres de objetos espalhados, poltronas elevadas, ter cuidado com animais de estimação (SÃO PAULO, 2013).

Existem leis que resguardam os idosos que é o Estatuto do Idoso Lei 10.741. Será citado somente algumas partes da lei que é de suma importância para compreender a pesquisa, a lei diz que a pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos de idade e é:

Obrigações da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, a cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, a cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2013).

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2013).

Portanto, temos obrigações sobre esses idosos. A família precisa ter interação, compromisso e afetividade pelo seu idoso, manter um bom relacionamento, proporcionando uma vida livre de danos à saúde, compreender e estar ao lado do idoso, caso isso não aconteça as leis do estatuto do idoso os resguardam e a família que abandona seu idoso responde processo perante a justiça (BRASIL, 2013).

É de suma importância a avaliação do risco de queda nos idosos para que com isso possa ser adotado medidas preventivas com o objetivo de diminuir a ocorrência de novas quedas (PINHO et al, 2012).

2.3.1 Banheiro

Para um banheiro seguro é importante utilizar tapetes emborrachados antiderrapantes, não utilizar tapetes de retalho pois eles podem causar escorregões, em caso de dificuldade para enxergar, evite banheiro com pouca iluminação e com vaso, pia, piso e cortinas da mesma cor ou cores parecidas pois eles podem se confundir, prefira lâmpadas fluorescentes, assento de vaso sanitário, cortinas claras, vaso sanitário e pisa de cor diferente do piso e chão. Vaso sanitário muito baixo e sem barras de apoio próximas, causa desconforto além de ser perigoso pois podem causar desequilíbrio, aumente a altura do vaso e instale barras de apoio laterais e paralelas ao vaso. Evite box de vidro no banheiro sem tapetes antiderrapantes e sem barras de apoio, substitua o box de vidros por cortinas pois ele pode se atrapalhar com o vidro em caso de queda se machucar, instale barras de apoio na parede perto do chuveiro, tapetes antiderrapantes em baixo do chuveiro, em caso de dificuldade para abaixar durante o banho, coloque uma cadeira de plástico resistente (SÃO PAULO, 2013).

Figura 2 - Banheiro ideal



Fonte: cidadania, respeito e saúde, 2012.

2.3.2 Quarto

Evite tapetes soltos, sapatos com solado liso e nunca ande somente de meia, prefira tapetes presos ao chão, o ideal é que use sapatos com solado de borracha e não encere o chão. Não utilize camas muito baixas e colchões muito macios eles podem ter dificuldade para levantar e deitar, utilize colchões ortopédicos mais firmes e ajuste a altura da cama. Evite levantar no escuro, é importante que tenha um interruptor ou um abajur próximo a cama (SÃO PAULO, 2013).

Figura 3 - Quarto seguro



Fonte: Saúde Brasil, 2013.

2.3.3 Sala

Não deixe extensões, fios de telefone cruzando o caminho, evite calçados, brinquedos, almofadas espalhados pelo chão, isso pode causar escorregões, mantenha os fios de aparelhos próximos a tomada, deixe a sala sempre livre de objetos e de bagunça. Deve-se ter muito cuidado com poltronas baixas, macias e sem o braço de apoio, o idoso pode se atrapalhar para sentar e levantar, prefira poltronas mais firmes, de altura média e com braço de apoio, assim ao sentar e levanta o idoso tem o apoio (SÃO PAULO, 2013).

Figura 4 – sala ideal



Fonte: Mundo das tribos, 2012.

2.3.4 Cozinha

Tome cuidado com armários muito altos que precise de bancos ou escadas para alcançar devido a possibilidade de desequilíbrio, prefira armários de fácil alcance de fixados na parede (SÃO PAULO, 2013).

Figura 5 – cozinha ideal

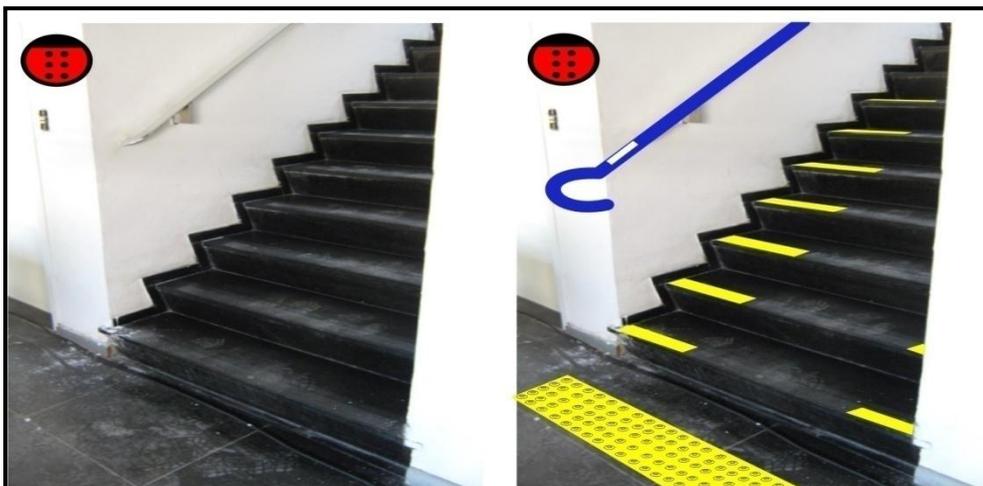


Fonte: Mundo das tribos, 2012.

2.3.5 Escada

Evite escadas com baixa iluminação e objetos espalhados na mesma, escadas sem corrimão e com degraus estreitos são um perigo. As escadas devem ser bem iluminadas, livre de objetos, possuírem corrimão fixado dos dois lados da parede, fitas antiderrapantes fixados nos degraus, interruptores de luz tanto na parte superior quanto na parte inferior da escada (SÃO PAULO, 2013).

Figura 6 – Escada ideal



Fonte: Clickfoz, 2010

2.3.6 Animais de estimação.

Evite piso e mobília da mesma cor do animal para que o idoso não venha a se confundir e tropeçar no animal. A casinha do cachorro não deve ser próxima a entrada da casa, quando o animal tiver de ser preso a corrente deve ser de tamanho médio de forma que ela não cruze o caminho por onde o idoso vai passar (SÃO PAULO, 2013).

2.4 EXERCÍCIO FÍSICO

A atividade física regular reduz o risco de varias condições crônicas dos indivíduos mais velhos como por exemplo a hipertensão, diabetes mellitus, regulam também o metabolismo, tendo ligação com estados emocionais, dificultando a ocorrência de depressão. Com o aumento da população idosa nas ultimas décadas é importante identificar fatores que possam ajudar na transição de saúde focado na prevenção, objetivando o viver autônomo e independente. Foi observado que idosos que praticam exercícios físicos tem desempenho superior aos que não praticam, são mais independentes e tem uma saúde melhor, mesmo tendo comorbidades (MOTA et al, 2007).

Foi comprovado que o exercício físico melhora múltiplas funções fisiológicas, como a capacidade cardiorrespiratória, a resistência, força muscular, sono, flexibilidade, amplitude de movimentos, função cognitiva. Estudos epidemiológicos mostram que pessoas que se exercitam requerem menos cuidado, menos institucionalização, melhora da aptidão física, principalmente na velhice, tornando indivíduos mais velhos mais saudáveis. O programa ideal de exercícios para idosos deve incluir um período aeróbico, um período de aquecimento e de recuperação, é importante saber que exercícios de fortalecimento muscular devem ser de baixa resistência para prevenir lesões ortopédicas, devido a fragilidade óssea do idoso. O exercício físico deve sempre ser motivado na velhice, uma forma de motivação é começar com exercícios fáceis e atividades agradáveis para que o idoso tenha vontade de participar, explicar sobre os benefícios que os exercícios trazem para a vida deles (SHRICHER; PIMENTEL, 2009).

“Parece claro que a prática regular de atividades físicas é uma medida importante na melhora da qualidade de vida dos idosos (SCHEICHER; PIMENTEL, 2009).”

Os exercícios físicos sejam eles aeróbicos, de força muscular ou alongamento tem impacto positivo para o idoso desde que realizado da forma correta. As alterações causadas pelo envelhecimento como fragilidade óssea, perda de equilíbrio, dores articulares, tem efeito diminuído com a prática de exercícios físicos regulares, pois os idosos passam a ter força muscular, o tônus muscular aumenta, diminuição da dificuldade de locomoção. É importante que cada idoso seja avaliado individualmente para melhor prescrever as atividades a serem realizadas, pois se os exercícios realizados de forma incorreta pode causar danos a saúde seja eles ósseos ou musculares (PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009).

Benedetti; Pedroski; Gonçalves (2003) diz que mesmo os idosos sendo debilitados é possível realizar atividades físicas e esta diretamente ligada ao bem estar, a melhora da autonomia e independência, refletindo também na melhora da auto-estima.

As quedas podem ser diminuídas com atividade física de solo que ajuda na melhora da postura, na marcha do idoso, surgem efeitos também na melhora da dor e na função do joelho (PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009).

A fisioterapia e a atividade física contribuem para diminuir e prevenir déficits de equilíbrio em idosos além disso a atividade física tem efeito nas funções cognitivas. Proporcionando uma qualidade de vida ao idoso e contribuindo para diminuição de quedas, pois passa por tornar o idoso com mais força muscular como já dito anteriormente (CHRISTOFOLETTI et al, 2006).

2.5 PAPEL DA FAMILIA COM O IDOSO

As relações familiares são as que o velho vive com mais carinho e intensidade. Tem a função de proteger e socializar seus membros cabe a família a preservação física e psicologia de seus membros, o suporte que é dado pela família aos seus membros não pode se restringir as primeiras fases da vida, mas faz-se necessário durante toda a vida do ser humano (FREITAS et al, 2006).

Algumas vezes acontecem casos de negligencia desamparo da própria família com o idoso, outras vezes além da violência física, mental e social para com o idoso, ocorrem casos em que as famílias fazem uso do benefício financeiro do idoso, tudo isso por conta da falta de independência e autonomia do idoso, devido ao seu estado vulnerável e por isso os membros da família não dão o afeto necessário,

aproveitando somente do idoso, devido a esses motivos que o idoso tem medo de perder sua autonomia, sua independência e tornar-se dependente de terceiros (CARVALHO et al, 2009).

Os familiares criam diferentes formas de cuidado que variam de acordo com o tipo e a combinação de apoios necessários ao idoso. Os idosos que mais requerem cuidados, que necessitam mais de apoio e os mais pobres são cuidados por estruturas mais complexas de familiares, envolvendo filhas, netos, sobrinhos e amigos, isso se dá por conta da residência e das necessidades de sobrevivência e não somente as características dos idosos, devido as condições de vida dificultam que somente um só individuo se dedique totalmente ou em tempo integral aos cuidados da pessoa idosa (FREITAS et al,2006).

O papel da família no apoio ao idoso passa por valorizar a pessoa em questão: os seus conhecimentos, opiniões e aconselhamentos. Para além disso, passa por garantir que, em caso de necessidade, o idoso tem acesso aos apoios e cuidados necessários à sua saúde. Um dos principais problemas no idoso é o isolamento e a solidão, frente a esse problema a família deve tentar incluir o idoso em suas atividades diárias para que ele possa se sentir útil (FREITAS et al, 2006).

O idoso se sustenta e enxerga a família como um porto seguro, onde ele tem apoio. É importante que a família dê apoio afetivo e de saúde necessário. Quando a família não pode prestar assistência o idoso fica exposto a situações de morbidade, tanto ligadas a aspectos físicos como psicológicos e sociais (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

Souza; Skubs; Bretas (2007) nos fala que na sociedade brasileira tanto no ponto de vista legal como o social, recai para a família a responsabilidade de cuidar do individuo idoso, sem que seja dado a família um preparo para tal responsabilidade. Acredita-se que se a família pudesse ter um maior entendimento sobre o processo de envelhecimento, suas diferenças, conhecer os problemas a serem enfrentados, seria mais fácil lidar, compreender e entender as necessidades do individuo idoso.

Um estudo realizado por Mazza; Lefevre (2005), teve como objetivo compreender o que é para o cuidador familiar e como ele vê esse idoso, objeto de cuidado, o estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola Geraldo Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP, do município de São Paulo, com 17 cuidadores familiares de idosos. Nesse estudo foi observado que o cuidado é visto como uma obrigação e

retribuição do que foi recebido na infância, as filhas em geral sentem necessidade de demonstrar para as mães o quanto são gratas por tudo que elas já fizeram, elas sentem que não é nada mais que a obrigação e demonstram de maneira a realizarem os cuidados necessários as mães que são incapacitadas. Foi percebido também que 7 cuidadores familiares pensam em institucionalização devido ao fato de terem que trabalhar fora, não tendo condições de realizar os cuidados necessários, das atenção e ficar o tempo todo em casa com o idoso, deixando o mesmo em casa sozinho durante o dia inteiro sem nenhum responsável para o cuidado expondo o idoso a sérios riscos, vendo como solução a institucionalização. Os cuidadores desses estudo cuidam de seus idosos com respeito, dignidade e carinho, mas sentem-se encorajados de manter o cuidado por conta do desgaste e as dificuldades que precisam enfrentar diariamente, sem ajuda e sem respaldo, sentem solitários e desprovidos de atenção.

O grande desafio para família é que a velhice seja vivida com dignidade , qualidade de vida e não com sofrimento, seja ele pessoal ou de seus familiares (FREITAS et al, 2006).

2.6 O PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE IDOSO

A enfermagem gerontogeriatrica, é uma especialidade nova no Brasil que ainda está se organizando para se construir num corpo de conhecimento especifico. Sabe-se que a enfermagem como pratica do cuidado, foi pesquisado qual o papel da enfermagem na terceira fase da vida, então a melhor definição do papel de enfermagem na terceira fase da vida é definida por Lucia Hisako Gonçalves e Angela Maria Alvarez, para ambas os objetivos da enfermagem gerontologica são semelhantes a enfermagem assistencial.

1. Prestar assistência integral ao idoso, a sua família, e a comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário.
2. Promover educação para vida e saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, junto a clientela idosa e a sua respectiva família.
3. Favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares, proporcionando condições para que funcionem em bom nível de autocuidado e que sejam eles próprios os detentores do poder pessoal para se decidirem pelo melhor em suas vidas, para o bem estar e a qualidade de vida (FREITAS et al, 2006, p.1111).

Sabe-se que a enfermagem é uma área de conhecimento científico que abrange o cuidar, educar, promover, gerenciar, seja elas em hospitais, unidades de saúde, clínicas, empresas, domicílio e creches. É importante também a educação em saúde dos cuidadores de idosos leigos. A proposta da educação em saúde é ensinar o cuidador a cuidar primeiro de si, compreender as necessidades e diferenças de cada indivíduo, entender que cada um possui uma particularidade para que ele possa executar a tarefa de cuidar do outro, de forma que possa respeitar a cultura e os valores dos indivíduos. Na maioria das vezes o cuidador/ família foca no cuidado daquele indivíduo que necessita do seu auxílio, dedicando-se então somente a ele e deixando de lado de cuidar de si próprio. O papel do profissional de saúde ligado a educação de saúde então é preparar os cuidadores a cuidarem e preservarem a sua saúde, viver de forma saudável, proporcionar uma melhor qualidade de vida para que então eles possam assim cuidar de outro indivíduo que necessita de seu auxílio (SAUZA; WEGNER; GORINI, 2006).

A enfermagem também deve conduzir uma consulta de enfermagem adequada, voltada aos principais preceitos da gerontologia, para um diagnóstico, uma prescrição e uma realização de cuidados de enfermagem adequado e com precisão, livre de erros (FREITAS et al, 2006).

Para o idoso é importante trabalhar na promoção e prevenção da saúde, quanto mais for possível retardar as doenças que os acometem, melhor será a qualidade de vida deles. O primeiro nível da prevenção é a aplicação das vacinas, programas educacionais, atividade física, grupos de convivência, para que esse idoso possa trocar experiências, evitar o sedentarismo. Detectar os problemas de saúde precocemente como hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, rastreio de danos auditivos e visuais, observar e detectar situações comuns aos idosos como risco de queda, perdas cognitivas, alteração de humor, prevenir as deficiências nutricionais, avaliar as habilidades no âmbito domiciliar e estimular que este idoso tenha deveres dentro de casa para prevenir a perda da independência e autonomia, coordenar grupos de vivências, para prevenção do isolamento social. Todo esse processo deve ser realizado com objetivo da boa qualidade de vida para o idoso. O desafio da promoção da saúde é que os idosos apesar das doenças que tenham lhe acometido levem uma vida normal, satisfatória, saudáveis e ativas. É para os idosos

que as políticas de manutenção a saúde devem estar voltadas, para evitar o surgimento de novas doenças e a perda da qualidade de vida (FREITAS et al,2006).

Para os profissionais de saúde o significado de cuidar do idoso é promover a saúde não focando somente na cura das doenças, a principal meta é minimizar os riscos previsíveis e proporcionar ao máximo uma vida saudável e livre de riscos (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

Para diminuição da ocorrência de queda deve-se realizar métodos simples como a promoção da saúde focando na prevenção de quedas, modificações nos domicílios, revisão da medicação, promoção de segurança no domicílio e fora dele (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO et al, 2002).

É importante que todo profissional de saúde conheça o processo de envelhecimento e todas as mudanças fisiológicas trazidas por ele para que ele possa realizar atividades de forma que o individuo idoso consiga compreender e conhecer o processo de envelhecimento é encarar o envelhecimento como um processo natural de todo ser humano, assim eles poderão enfrentar a velhice de uma forma mais saudável (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Cominato et al (2010) destaca que nas ações de educação em saúde do individuo idoso é importante favorecer uma reflexão sobre envelhecimento e estimular a participação do mesmo a vida, por meio da construção de vínculos afetivos e da valorização da sua história de vida e seus saberes. É indispensável na valorização do autocuidado da pessoa idosa, focando na expressão de sua autonomia, realizando atividades que possam valorizar suas habilidades e capacidades para que ele deixe de associar velhice com decadência, sendo uma proposta de promoção de saúde para os profissionais. Neste mesmo contexto Carvalho et al (2009) acrescenta que os profissionais de saúde devem criar medidas que tenham enfoque na inserção social do idoso com seu meio, tentando envolvê-lo em atividades do cotidiano visando a segurança e bem estar do idoso tanto físico, quanto psicológico, esse objetivo será alcançado quando o diagnóstico das limitações forem alcançadas antes da ocorrência de um episódio de queda, pois como já dito anteriormente os problemas funcionais e emocionais acentuam-se após a queda interferindo negativamente na qualidade de vida do idoso, então todos os programas de saúde que incluam idoso devem ter como iniciativa a promoção, assistência e reabilitação da saúde, tendo como meta manter ou recuperar a

funcionalidade do mesmo, valorizando também a independência e autonomia tentando ao máximo prolongá-las.

A assistência de saúde focada na integralidade, promoção e prevenção das doenças e agravos, pode favorecer o retardamento das alterações de locomoção, marcha, alterações visuais e auditivas, favorecendo assim uma maior integração do idoso na comunidade, devido a sua constante manutenção da capacidade funcional favorecendo uma longevidade com melhor qualidade de vida (TANNURE et al, 2010).

O profissional de saúde tem o dever de alertar a comunidade e a família quanto os riscos de queda os quais os idosos estão expostos. Os profissionais que lidam com a população idosa é importante que seja feita uma abordagem que englobe todo processo de envelhecimento e não fique restrita somente na realização de exames e a receitar medicamentos. É indispensável que o idoso seja visto de forma holística voltado também para o âmbito psicológico, social, emocional, cujo objetivo seja ajudar esse indivíduo a encarar as dificuldades que foram geradas pela queda, evitando novos eventos, para que o indivíduo possa ter na medida do possível saúde e bem-estar. Apenas estabelecendo uma relação de confiança e respeito da equipe multiprofissional com o idoso, será possível compreender e estabelecer metas que ajudem na busca do tratamento adequado ao idoso (CARVALHO et al, 2009).

De acordo com Pinho et al (2012) é necessário que os profissionais de saúde adotem medidas preventivas de modo a conscientizar a população sobre quedas e a importância desse evento tão freqüente, tentando diminuir a ocorrência do mesmo e que ele não venha ser abordado somente após a sua ocorrência com o objetivo do tratamento e da reabilitação do idoso e sim com a prevenção dos eventos de queda. Para que isso aconteça deve-se realizar um trabalho da população idosa e sua família em conjunto com os profissionais de saúde, para que desta forma seja possível proporcionar uma melhor qualidade de vida para o idoso e sua família.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural de todo ser humano e se inicia desde a concepção e acaba com a morte, ocorrendo mudanças biológicas, fisiológicas e patológicas e se diferencia de velhice devido a ser a última fase do ciclo da vida é um estado de condições em que o indivíduo se encontra que é marcado por modificações como isolamento social, pelas rugas, pele seca e frágil, cabelos quebradiços e brancos, calvície, também é caracterizada por redução da capacidade de perda de papéis e solidão.

É perceptível que a população idosa no Brasil vem aumentando, como também nos países desenvolvidos devido a esse aumento ocorre também uma elevação das principais doenças que se desenvolvem no decorrer do envelhecimento. O aumento da população idosa no Brasil se torna um problema financeiro e de saúde, pois em sua maioria os profissionais de saúde não estão preparados para realizar ações de saúde que possa prevenir as doenças do envelhecimento e suas conseqüências.

A maioria dos problemas financeiros relacionado ao idoso estão associados a queda e suas conseqüências. A queda é um deslocamento não intencional do corpo que é levado a um nível inferior. As quedas são um grande problema para o idoso pois tem conseqüências, mas podem ser prevenidas se os profissionais de saúde conhecerem o ambiente em que cada indivíduo idoso interage e consiga detectar um ambiente com riscos e da maneira que for possível torná-lo um ambiente seguro.

Os fatores que ocasionam a queda são classificados como fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles associados ao envelhecimento que são comuns a todos os idosos e os fatores extrínsecos que são aqueles relacionados ao meio em que o idoso interage como banheiro, quintal, ruas e calçadas.

Os fatores intrínsecos são as alterações patológicas e fisiológicas do envelhecimento como dificuldade de locomoção, diminuição do equilíbrio, diabetes, hipertensão, osteoporose, doenças cardiovasculares, diminuição da acuidade visual, diminuição da audição, uso de múltiplas drogas (diazepan, anti-hipertensivos) dentre outras.

Os fatores extrínsecos são aqueles relacionados ao meio em que o idoso interage como quarto, sala, cozinha, que podem ocasionar a queda por não ser um ambiente adequado as alterações fisiológicas e patológicas de cada individuo idoso.

As principais causas de quedas são a inadequação do ambiente em conjunto com as alterações patológicas e fisiológicas. As quedas não possuem somente uma causa e sim um conjunto de causas que favorecem a ocorrência deste evento. As maiorias das quedas ocorrem da própria altura e em seu domicilio. Além dos eventos de queda, foi possível perceber que pelo menos uma vez ao ano o idoso cai e devido à queda ele tem conseqüências.

As conseqüências de queda variam desde imobilização por um longo período de tempo até mesmo a morte. As principais conseqüências de queda foram fraturas como as fraturas de fêmur e de quadril, asilamento, perda da autonomia e independência, medo de novos eventos quedas, isolamento social, diminuição das atividades da vida diária e por isso mudanças de hábitos.

Os profissionais de saúde em conjunto da família podem minimizar os riscos de queda, proporcionando ao idoso um ambiente seguro. É de suma importância que sejam realizadas atividades em que o idoso possa interagir com a sociedade para diminuir o isolamento social, o sentimento de incapaz, além disso, estimular atividades físicas regulares para favorecer o fortalecimento muscular, melhorar a marcha e locomoção, desde que sejam realizadas de forma apropriada pois cada idoso possui suas particularidades e as atividades devem ser realizadas de maneira a ajudar a vida do idoso. Os profissionais de saúde principalmente os profissionais de enfermagem devem orientar a família e o idoso quanto a realização de atividades físicas, realizar palestras que abordem o tema de queda em idosos para que os indivíduos possam compreender o quão freqüente que é este evento e assim em conjunto com a comunidade possam ser prevenidas as quedas, diminuindo os altos índices de hospitalização de idosos e as conseqüências que essa queda pode vir a trazer para o idoso.

São poucos trabalhos que conseguem fazer associação das mudanças fisiológicas e patológicas do envelhecimento com as quedas, a maioria dos trabalhos trazem as causas ligadas ao ambiente. São raros os trabalhos que abordem o tema de prevenção de queda e quais são os sentimentos do idoso após a queda.

É importante que sejam realizadas pesquisas com foco no idoso em especial a prevenção de quedas para que assim os profissionais de saúde consigam realizar melhores atendimentos ao idoso, preparar ações de forma a prevenir eventos de queda, compreender os sentimentos de idosos que já sofreram quedas, tentar uma forma de reabilitação, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida, saudável e livre de riscos ao idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Izabela Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria clínica**, [s.l.], v.32, n.3, p.131-136, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300005>. Acesso em: 04/08/2014.

AMARANTE, Camila Faria da Silva et al. Fraturas do fêmur proximal em idosos. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte M.G, v. 21, n.2, p. 21-24, 2011.

BARELA, A. José; FREITAS, Junior Paulo. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos. Uso da informação visual. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, São Paulo, v.6, n.1, p. 94–105, 2000.

BENEDETTI, Tânia Bertoldo; PETROSKI, Édio Luiz; GONÇALVES, Lúcia Takase. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 5, n.2, p. 69 – 74, 2003

BRASIL. **Estatuto do idoso Lei no 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm>. Acesso em: 07 abr. 2014.

CARRIÇO, Isadora. Pesquisa da UFSCar analisa a relevância de quedas no equilíbrio de idosos. *Diário São Carlos*, 2013. Disponível em <<http://diariosaocarlos.com.br/site/index.php/universidades/6417-pesquisa-da-ufscar-analisa-a-relevancia-de-quedas-no-equilibrio-de-idosos-.html>> . Acesso em 15/10/2014

CARVALHO, Emmanuella Maussara Rocha de et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 7-16, 2009. Disponível em <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14943>>. Acesso em: 20/10/2014.

CARVALHO, Filho Eurico Thomaz de; Papaléo, Netto Matheus. **Geriatrics Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CHRISTOFOLETTI, Gustavo et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Revista Brasileira de**

Fisioterapia, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-433, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/10.pdf>>. Acesso em: 13/09/2014

CIDADANIA, RESPEITO E SAÚDE. **Casa mais segura**, 2012. Disponível em <http://www.cidadaniarespeitoesaude.com/2012_06_01_archive.html>. Acesso em 15/10/2014.

CIOSAK, Suely Itshuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s.l.], v.45, n. 2, p.1763-8, 2011.

CLICKFOZ. **Desrespeito as normas de acessibilidade e mau atendimento são barreiras ao idoso**, 2010. Disponível em <<http://www.clickfozdoiguacu.com.br/pagina/desrespeito-as-normas-de-acessibilidade-e-mau-atendimento-sao-barreiras-aos-idosos-5697>>. Acesso em 15/10/2014.

COMBINATO, Denise Stefanoni et al. **Grupos de conversa: Saúde da pessoa idosa na estratégia de saúde da família**. [s.l.] Psicologia & Sociedade, v.22, n.3, p. 558-568, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a16.pdf>>. Acesso em: 08/08/2014.

COSTA, Efraim Carlos; NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen; BACHION, Maria Márcia. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p.43-35, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>>. Acesso em: 20/08/2014.

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; SILVA, Sidney Dutra da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1359-1366, set-out, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11009.pdf>>. Acesso em : 15/08/2014.

CRUZ, Danielle Telles da et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**, M.G, v.46, n.1, p. 138-46, 2011.

CUNHA, Carlos Eduardo Watanabe et al. Os exercícios resistidos e a osteoporose em idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do exercício**, São Paulo, v.1, n.1, p.18-28, 2007.

DIAS, Andre. **Dicas para adaptações para casa com idosos**. Mundo das tribos, 2012. Disponível em < <http://www.mundodastribos.com/dicas-para-adaptacoes-para-casa-com-idosos.html>>. Acesso em 15/10/2014.

DIAS, Juliana Araújo et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Neri**, [s.l], v.15, n.2, p. 372-379, 2010.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani; COSTA, Moacyr Junior Lobo. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, SP, v.38, n.1, p.93-9, 2004. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>>. Acesso em: 07/09/2014.

FERREIRA, Olivia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.44, n.4, p.1065-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>> . Acesso em: 05/10/2014.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.60, n.4, p. 422-7, 2007.

FRANCO, Ligia Rodrigues et al. **Influencia da idade e da obesidade no diagnostico sugestivo de artrose no joelho**. Consientiae saúde, Goiânia GO, v.1, p.41-46, 2009. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/consientiae_saude/csauade_v8n1/cnsv8n1_3e1506.pdf>. Acesso em: 05/04/2014.

FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2006.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s.l], v.44, n.2, p. 407-12, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 04/08/2014.

GOTTLIEB, Maria G.V; BONARDI, Gislaine; MORIGUCHI, Emilio H. **Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose**. Scientia Médica, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p.203-207, 2005.

GROSS, Jorge L et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação

e Avaliação do Controle Glicêmico. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabolica, Porto Alegre, v. 46, n.1, p.46-26, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>. Acesso em: 28/08/2014.

HAMRA, Alberto; RIBEIRO, Marcelo Barbosa; MIGUEL, Omar Ferreira. **Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos.** Acta ortopédica brasileira, [s.l.], v.15, n.3, p.143-145, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n3/a04v15n3>>. Acesso em: 15/04/2014.

HONÓRIO, Melissa Orlandi; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p. 51-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/08.pdf>>. Acesso em: 27/09/2014.

JAHANA, Kelly Onaga; DIOGO, Maria José D'Elboux. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Rede de Revistas Científicas de América Latina, Saúde Coletiva**, Editorial Bolina, Campinas, v. 4, n. 17, p.148-153, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1981.pdf>>. Acesso em 05/05/2014.

JOBIM, Eduardo Furtado da Cruz. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Jardim Alegre, PR, v.6, p.250-253, 2008. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a250-253.pdf>>. Acesso em: 28/08/2014.

LACERDA, Simone Magalhães et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.329-342, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 03/06/2014.

LOPES, Mislane C. de Lima et al. **Fatores Desencadeantes De Quedas No Domicílio Em Uma Comunidade De Idosos.** Cogitare Enfermagem, Maringá-PR, v.12, n.4, p.472-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a19.pdf>>. Acesso em: 09/06/2014.

LUIZ, Lívia C et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico - funcionais em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.5, p. 444-50, 2009.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Izabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus**

cuidadores: uma serie de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto e contexto de Enfermagem, Florianópolis SC, v.15, n.4, p.587-94, 2006.

MACEDO, Barbara Gazzola de et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte, MG, v.11, n.3, p.419-432, 2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo9.pdf>. Acesso em: 01/09/2014.

MACHADO, Tatiana Rocha et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Revista eletrônica de enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 32-38, 2009. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a04.htm > Acesso em: 02 jul. 2014.

MAIA, Bruna Carla et al. Conseqüências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 381-393, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>>. Acesso em: 04/04/2014.

MAIA, Clicila Adriana S; CAMPOS, Carlos Alberto H.de. *Diabetes Mellitus* como causa de perda auditiva. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [s.l.], v.71, n.2, p.208-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n2/a15v71n2.pdf>>. Acesso em: 01/10/2014

MAIA, Gabriela Felten. **Corpo e velhice na contemporaneidade.** Estudos e pesquisas em psicologia, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p. 704–711, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812008000300011&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 08/05/2014.

MARCHI NETTO, Francisco Luiz de. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso.** Pensar a pratica, Goiânia G.O, v.7, p. 75-84, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewArticle/67>>. Acesso em: 06/07/2014

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto; LEFEVRE, Fernando. Cuidar em família: Análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v.15, n.1, p.01-10, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 14/10/2014.

MAZO, GZ et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n.6, p.437-442, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a04.pdf>>. Acesso em 09/05/2014.

MELO, Luciano Magalhães; BARBOSA, Egberto Reis; CARMELLI, Paulo. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n.4, p. 176-183, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a03v34n4.pdf>>. Acesso em 10/09/2014.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados**. Ciência & Saúde Coletiva, Goiânia G.O, v.13, n.4, p.1209-1218, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n4/17.pdf>> . Acesso em: 25/04/2014.

MENEZES, Ruth Losada; BACHION, Maria Márcia. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Goiânia, G.O, v.71, n.1, p. 23-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v71n1/05.pdf>>. Acesso em 20/04/2014.

MENEZES, Tânia Maria de Olivia; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; AZEVEDO, Rosana Freitas. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v.11, n.3, p.598-604, 2009. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a17.htm>>. Acesso em: 28/09/2014

MOTA, Jorge et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação física e Esportes**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, 2007.

MOTANBOLI, Luciane Langona et al. **Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de Minas Gerais**. Texto Contexto Enfermagem, [Florianópolis], v.15, n.4, p. 663-71. Out-Dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a15.pdf>>. Acesso em 07/09/2014

MUNIZ, Clariana Fernandes et al. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, 2007. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/art%205%20_v8%20n2_.pdf>. Acesso em 10/09/2014

PARREIRA, José Gustavo et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.6, p.660-4, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a13.pdf>>. Acesso em: 20/10/2014.

PAVARINI, Sofia Cristina Ioste et al. **A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?**. Texto contexto de Enfermagem, São Paulo, v.14, n.3, p. 398-402, 2005.

PEDRINELLI, André; GARCEZ-LEME, Luiz Eugênio; NOBRE, Ricardo do Serro Azul. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v.44, n.2, p.96-101, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbort/v44n2/a02v44n2.pdf>>. Acesso em 13/05/2014.

PIMENTEL, Renata Martins; SCHEICHER, Marcos Eduardo. **Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg**, Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.16, n.1, p.6-10, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 15/08/2014.

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s.l.], v.46, n.2, p.320-7, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40951/0>>. Acesso em 13/07/2014.

PINTO, Meiry Fernanda et al. **Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.22, n.5, p.652-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>>. Acesso em: 08/09/2014.

PÓVOA, Cristine Araujo et al. **Prevalência de glaucoma identificada em campanha de detecção em São Paulo**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, São Paulo, v.64, p.303-7, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v64n4/12312.pdf>>. Acesso em 05/09/2014.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 491-501, 2006.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto *et al.* **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1265-1273, 2006.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ALVES Pamêla Braga; MEIRA, Elda Patrícia de. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Ciência cuidado e saúde**, [s.l], v.70, n.6, p.806-12, 2009.

ROCHA, Murilo Antonio; AZER, Helder William; NASCIMENTO, Valdênia das Graças. **Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur**. Acta ortopédica brasileira, [s.l] v.17, n.1, p.17-21, 2009.

RUWER, Sheelen Larissa; ROSSI, Angela Garcia; SIMON, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [s.l], V.71, n.3, p.298-303, 2005.

SANTOS, Flávia Heloisa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. **Envelhecimento: um processo multifatorial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2008.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Grande (R.S), v.63, n.6, p. 1035-9, Nov-dez 2010.

SÃO PAULO (Estado). **Manual de prevenção de queda em idosos**. Iampse, 2013. Disponível em: < <http://alzheimer-gcmrs.blogspot.com.br/2013/04/manual-de-prevencao-de-quedas-da-pessoa.html> > Acesso em: 01/09/2014.

SAÚDE BRASIL. Quarto Seguro, 2013. Disponível em <<http://saudebrasilnet.com.br/especiais-de-saude/quarto-saiba-como-manter-o-ambiente-seguro/>>. Acesso em 15/10/2014.

SILVA, Eulália Maria Martins da et al. **Enfermidades do Paciente Idoso**. Pesquisa Brasileira de odontopediatria clinica integrada, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2006. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/215> >. Acesso em: 20/09/2014.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l], v.7, n.4, p. 899-906, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14613.pdf>>. Acesso em 03/05/2014.

SIQUEIRA, V Fernando et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. Pelotas RS, v. 41, n.5, p.749-56, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>>. Acesso em 19/05/2014.

SOUZA, José Antonio Gomes de; IGLESIAS, Antonio Carlos R.G. Trauma no idoso. **Revista de Associação Médica Brasileira**, [S.l.], v. 48, n.1, p. 79-86, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n1/a34v48n1.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

SOUZA, Luccas Melo de; WEGNER, Wiliam; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista latino americano de Enfermagem**, [Rio Grande do Sul], v.15, n. 2 , 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/65585>>. Acesso em: 15/10/2014.

SOUZA, Rosangela Freitas de; SKUBS, Thais; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p. 263-7, 2007.

TANURRE, Meiri Chucre et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.63, n.5, p. 817-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_abstract>. Acesso em: 17/08/2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da universidade federal do triangulo mineiro?. **Ciência cuidado e saúde**, [s.l.], v.7, n.4, p.537-545, 2008.

TAVARES, Viviana et al. **Recomendações para o diagnostico e terapêutica da osteoporose**. Acta Reumatologia Portuguesa, [s.l.], v.32, p.49-59, 2007. Disponível em: <http://www.nedo.pt/items/spr_spodom_osteoporose.pdf>. Acesso em 10/10/2014.

THOBER, Evelise; CREUTZBERG, Marion; VIEGAS, Karin. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v.58, n.4, p.438-43, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>>. Acesso em: 05/10/2014.

VERAS, Renato Peixoto; MATTOS, Leila Couto. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Revista Brasileiro de Otorrinolaringologia**, [s.l.], v.73, n.1, p.128-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n1/a21v73n1.pdf>>. Acesso em: 20/10/2014