

Perfil e ambiente de idosos, que sofreram quedas, atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal

Profile and environment of the elderly, who had falls and met at a clinic for geriatrics and gerontology in Distrito Federal

Dayne P. M. Cavalcante
Lúcia de Jesus da Silva
Neuza Matos
Izabel Borges
Danielle Pedrosa Araújo
Hudson Azevedo Pinheiro

RESUMO: Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de queda, sendo sua ocorrência considerada como um grave problema de saúde pública. O objetivo da presente pesquisa foi traçar o perfil de idosos atendidos em uma unidade geriátrica do Distrito Federal que sofreram quedas. Foi realizado estudo retrospectivo e qualitativo de fichas de atendimento desses idosos, tendo sido levantados dados quanto ao ambiente onde residem, seus agravos, barreiras, entre outros. Verificou-se que a ocorrência desse evento deve-se a vários fatores: morar sozinho, ser do sexo feminino, fazer uso de várias medicações, ter baixa escolaridade, baixa renda, problemas de visão e de audição, insegurança para caminhar e calçadas desniveladas. Dentre os fatores relacionados ao ambiente doméstico, merecem destaque, como lugares de risco, o banheiro e o quarto, além de pisos com cerâmica. A incidência de queda pode ser minimizada pela adaptação ambiental no domicílio desses idosos, medidas preventivas por parte do poder público para áreas externas e públicas, e capacitação de profissionais na área da saúde acerca do envelhecimento.

Palavras-chave: Perfil de saúde; Idoso; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT: *With aging increases the likelihood of falling, and its occurrence considered as a serious public health problem. The aim of this study was to profile of elderly patients in a geriatric unit of the Federal District who have suffered falls. Methodology: A retrospective and qualitative study of care of the older chips that crashed in a geriatric unit of the Federal District. Data on the environment were raised where they reside, diseases, barriers and more. Results: The occurrence of this event is due to several factors: living alone, low education and low income, female, use of multiple medications, impaired vision and hearing, insecurity to walk and uneven sidewalks. Among the factors related to domestic environment should be highlighted as risk places the bathroom and the bedroom, in addition to floors with ceramics. Conclusion: The incidence of falls can be minimized by environmental adaptation of the elderly at home, preventive measures by the government to external and public areas, and training of professionals in health care about aging.*

Keywords: *Health profile; Aged; Accidental falls.*

Introdução

Apesar de o envelhecimento populacional ser um fenômeno mundial, o aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, e mudanças no perfil de morbimortalidade da população geram preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (Beltrão, Camarano, & Kanso, 2004; BRASIL, 2006; Veras, 2009; Cruz, *et al.*, 2012).

As quedas da própria altura constituem o mais sério e frequente acidente que ocorre com idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas desta faixa etária, sendo esta caracterizada por um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade postural (Bucksman, & Vilela, 2004; Menezes, Lopes, & Azevedo (2009); Pereira *et al.*, 2013).

As quedas de idosos merecem destaque e caracterizam um problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade advindas do seu acontecimento, ao elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção que podem repercutir nos

cuidadores familiares, por meio de rotinas e cuidados simples, visando a evitá-las (Fabrício, Rodrigues, & Costa Junior, 2004; Ribeiro, & Rauth, 2006).

Por ter uma etiologia multifatorial, a avaliação do risco de cair, leva, em consideração, sobretudo, as causas extrínsecas, relacionadas principalmente ao ambiente, tais como iluminação deficiente, tapetes soltos, superfície para deambulação, degraus altos e estreitos, incluídos nas quedas e que, comumente, envolvem situações cotidianas que não favorecem a acessibilidade segura principalmente dentro do próprio domicílio (Silva, Nakatani, Souza, & Lima, 2007; Freitas, Santos, Hammerschmidt, & Pelzer, 2011).

O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil do idoso que sofreu ao menos um episódio de queda da própria altura nos últimos seis meses, atendido em uma unidade ambulatorial de saúde do Distrito Federal.

Métodos

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, retrospectiva e descritiva, realizada a partir de dados coletados de prontuários de pacientes, que estavam em atendimento entre janeiro de 2009 e dezembro de 2012, no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Taguatinga (UMST) da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

Foi realizado um estudo retrospectivo de todos os prontuários de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que estavam em atendimento na Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (UMST), por meio da ficha de admissão do ambulatório de prevenção de quedas. Essa ficha utilizada era um questionário com informações gerais que caracterizavam o idoso, tais como idade, escolaridade, estado civil, doenças de base e medicamentos em uso, além de campos destinados para a entrevista semiestruturada feita com o próprio idoso, que poderia ser assessorado pelo seu principal cuidador, com duração de aproximadamente uma hora, realizada em um consultório da UMST, por um dos profissionais da equipe devidamente treinado.

Tal roteiro de entrevista era dividido em dois momentos distintos: causas intrínsecas e causas extrínsecas, relacionadas à queda da própria altura, sendo confeccionado, a partir de relatos dos próprios idosos, para a equipe multiprofissional da UMST, composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

No domínio *causas intrínsecas*, o idoso era indagado quanto à presença de sinais e sintomas como dor, uso de álcool, ou mesmo dificuldades na marcha.

O domínio *causas externas* estava relacionado a descrições sobre o ambiente, tanto domiciliar quanto nas vias de circulação pública, onde o idoso e/ou cuidado deveria descrever sucintamente como era o ambiente em que vivia e se este apresentaria algum possível risco de ocasionar quedas, tais como o uso de tapetes, a presença de escadas, a iluminação inadequada, o mobiliário inapropriado, entre outros.

Havia ainda um campo para que o idoso e/ou cuidador descrevesse com mais detalhes como foi que ocorreu o último episódio de queda, onde a queda aconteceu, se foi de manhã, tarde, ou noite, se houve perda de consciência e se, por ventura, houve encaminhamento para alguma unidade de saúde, em virtude da queda.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Office Excell 2007, analisados e apresentados de forma descritiva, e o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília (UCB), sob o parecer n.º 137/2011.

Resultados

Participaram do estudo 105 questionários oriundos dos prontuários de idosos atendidos na UMST durante esse período, mesmo os que não apresentaram o episódio queda, uma vez que o roteiro constava de informações acerca do ambiente e rotina dos idosos, que poderia oferecer algum risco de acidentes. A tabela 01 descreve os aspectos socioeconômicos dos idosos atendidos no presente ambulatório. Percebe-se que há um número maior de quedas de mulheres, casadas ou viúvas, com ensino fundamental incompleto e com renda média menor que quatro salários mínimos.

Tabela 1- Aspectos sociodemográficos da população investigada

	Critérios avaliados	Valores Brutos	%
Idade	-	71,7 ± 6,69 (anos)	
Sexo	Feminino	92	87,6 %
	Masculino	12	12,4 %
Estado Civil	Solteiro	8	7,6 %
	Casado	45	42,9 %
	Divorciado	16	16,2 %
	Viúvo	35	33,3 %
	Analfabeto	19	18,1 %
Escolaridade	Fundamental Incompleto	62	59 %
	Fundamental Completo	7	6,7 %
	Médio Incompleto	13	13,3 %
	Médio Completo	1	1 %
	Outros	2	1,9 %
Renda	1 Salário Mínimo	41	39 %
	2 a 4 Salários mínimos	50	47,6 %
	5 ou mais Salários mínimos	13	12,4 %

Fonte: Dados compilados pelos autores

As principais *causas intrínsecas* relatadas pelos idosos e relacionadas à queda da própria altura foram apresentadas na tabela 2, além de questões incluídas à marcha/locomoção, percebendo-se que grande parte dos pacientes apresentava locomoção independente e sem auxílio-locomoção, em uso de cinco ou mais medicamentos, e com alguma alteração visual.

Tabela 2- Fatores de risco intrínsecos para queda em idosos e locomoção da população estudada

	CrITÉRIOS avaliados	Valores Brutos	%
Número de medicações	Não faz uso	4	5,7 %
	1 a 2 medicações	20	19 %
	3 ou 4 medicações	36	34,3 %
	5 ou mais medicações	43	41 %
Uso de bebida alcoólica	Sim	9	9,5 %
	Não	93	90,5 %
Problemas de visão	Sem queixas	6	5,7 %
	Prejudicado	96	91,4 %
	Cego	2	2,9 %
Problemas de audição	Sem queixas	44	42,8 %
	Diminuído	55	52,4 %
	Surdo	5	4,8 %
Segurança para caminhar	Sim	37	36 %
	Não	68	64 %
Auxílio-locomoção	Nenhum	67	65 %
	Andador	11	10,5 %
	Bengala	22	21 %
	Cadeira de rodas	4	3,5 %
Dor	Sim	92	87,6 %
	Não	13	12,4 %

Fonte: dados compilados pelos autores

No tocante às *causas extrínsecas*, sobretudo as relacionadas ao ambiente, estão demonstradas na tabela 3, relacionadas principalmente ao ambiente residencial e que 70,5% destes idosos sofreram ao menos um episódio de queda da própria altura nos últimos seis meses.

Tabela 3- Ocorrência de quedas da própria altura e fatores extrínsecos

		Valores Brutos	%
História de quedas nos últimos seis meses	Não houve	31	29,5 %
	1 episódio	21	20 %
	2 ou mais vezes	53	50,5 %
Superfície do solo	Assoalhos escorregadios	2	1,9 %
	Tapetes soltos	25	23,8 %
	Carpets	20	19 %
	Tacos soltos	1	1 %
	Cerâmica	46	53,3 %
	Todos citados acima	1	1 %
Iluminação	Brilho excessivo	13	12,3 %
	Pouca iluminação	24	22,9 %
	Boa iluminação	68	64,8 %
Banheiro	Chão escorregadio	17	15,2 %
	Banheira ou Chuveiro escorregadio	7	6,7 %
	Falta de barras de apoio	45	43,8 %
	Assento sanitário baixo	15	14,3 %
	Falta de tapetes antiderrapantes	21	20 %
Quarto	Sem risco	36	34,3 %
	Cama alta	16	15,2 %
	Cama baixa	13	12,4 %
	Cama muito longe do banheiro	17	16,2 %
	Tapetes soltos	12	11,4 %
Outros cômodos	Rodas que não travam	4	3,8 %
	Cobertas compridas	7	6,7 %
	Assoalhos escorregadios	16	14,3 %
	Cadeiras em altura incorreta	4	3,8 %
	Falta de descanso de braço na cadeira	29	27,6 %
	Quinas em móveis	30	29,5 %
Fatores pessoais	Prateleiras muito altas	26	24,8 %
	Roupas desajustadas	3	2,9 %
	Sapatos inapropriados/ gastos	8	7,6 %
	Animal doméstico	12	11,4 %
	Outras causas	23	3,8 %
Vias Públicas	Todos citados acima	21	21 %
	Subir em ônibus	12	11,4 %
	Calçadas desniveladas	4	21,9 %
	Farol de pedestre rápido	22	20 %

Fonte: Dados compilados pelos autores

Discussão

Observou-se que a maioria dos idosos, no presente estudo, foi de mulheres e acima de 71 anos, o que corrobora estudos como o de Siqueira, Facchini e Piccini (2007), mostrando que, com o aumento da idade, também aumenta o risco de quedas principalmente em mulheres, devido ao fato de que as mulheres procuram mais as unidades de saúde por se preocuparem mais com as questões gerais de saúde.

Observou-se que, quanto maior a idade do idoso, maior é o risco de queda, e admite-se como fatores a diminuição da massa magra e da força muscular, a perda de massa óssea devida à redução de estrógeno, aumentando a probabilidade de osteoporose e maior prevalência de doenças crônicas e, no caso do sexo feminino, maior exposição às atividades domésticas, e o comportamento de maior risco para quedas, corroborando os estudos de Lebrão e Laurenti (2005); Perracinni e Ramos (2002); Santos e Andrade (2005).

Outro fato interessante também exposto pelos autores acima, e observado no presente estudo, é que, aparentemente, o fato de ser casado gera proteção para o risco de cair independentemente do sexo do idoso e, de acordo com Perracinni e Ramos (2002), idosos viúvos, solteiros, e divorciados ou desquitados, tendem, com maior frequência, a morar sozinhos, sendo incumbidos de tarefas que, associadas à instabilidade postural, podem gerar situações de risco para quedas.

Maciel e Guerra (2005) encontraram, também, relação entre o nível de escolaridade e a presença do *déficit* de equilíbrio, sendo que o nível de escolaridade pode refletir em outros aspectos importantes da vida do sujeito como habitação, cultura, renda e saúde, sendo provável que pessoas com maior nível de instrução tenham maior preocupação com sua saúde, maior capacidade de envolver-se na sua recuperação e melhores hábitos higiênicos. A maior escolaridade também pode estar relacionada a maior engajamento nos programas educacionais preventivos em saúde. No presente estudo houve prevalência do nível fundamental como escolaridade, 59%.

No levantamento feito sobre o uso de medicamentos pelos idosos, foi constatada a utilização de cinco ou mais medicações, com o percentual de 41%. Isso mostra uma influência do número de medicamentos em relação à queda em idosos, visto que as reações medicamentosas adversas são maiores nesse grupo.

Siqueira, Facchini, e Piccini (2007) afirmam que as quedas também estão associadas ao uso de cinco ou mais medicamentos de modo contínuo, especialmente, as drogas bloqueadoras do canal de cálcio, benzodiazepínicos e vasodilatadores cerebrais, por causarem efeitos como tontura, sedação residual ao longo do dia e confusão.

Com referência à visão e audição, ficou evidente que tanto um como o outro são fatores de risco em relação à queda, com 91,4% e 52,4%, respectivamente. Pode-se, então, dizer que esse índice acima ocorre em virtude do envelhecimento de cada pessoa. A maioria dos idosos chega à terceira idade com diversos problemas, dentre eles, de visão e audição, devido ao processo natural do envelhecimento. Sendo assim, os idosos devem procurar o serviço de saúde, a fim de prevenir o risco de quedas, que hoje é considerado um verdadeiro problema de saúde pública.

A dificuldade visual foi o segundo problema mais mencionado entre os idosos, fator recorrente às mudanças devidas ao envelhecimento e à comorbidade associada às doenças crônicas (Rezende, Gaede-Carrillo, & Sebastião, 2012), e tal dificuldade contribui de forma significativa na incapacidade funcional de idosos e em sua mobilidade (Borges, Santos, Pagotto, & Menezes, 2014).

Tratando-se do modo de como se locomover, é indispensável um cuidado mais preciso. Os idosos inseguros na locomoção e que já sofreram queda necessitam de um acompanhamento especializado, principalmente do fisioterapeuta. Das fichas dos idosos questionados, 64% deles não se sentem seguros para caminhar, sendo 35,3% de idosos frágeis, ou seja, que necessitam de auxílio de locomoção.

Desconhecendo, por falta de precisão, os motivos que levam 87,6% dos idosos a sentirem dor, sabe-se que a persistência desse fator incapacita e compromete a sua qualidade de vida. Há uma grande prevalência de dor crônica na população de idosos, principalmente nas mulheres com 80 anos ou mais, e nos indivíduos depressivos, o que limita a possibilidade do idoso em manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente sua qualidade de vida, prejudicando, de algum modo, a realização das atividades de vida diária, bem como restringindo a convivência social, o que pode conduzir ao isolamento (Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007; Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008); Celich, & Galon, 2009).

Na população que sofreu quedas, estas foram consequência da diversidade de superfície do solo, sendo a mais suscetível, com 53,3%, a cerâmica. Outro estudo

demonstrou, também, que o tipo de piso mais encontrado nas residências, foi a cerâmica lisa, que favorece maior exposição às quedas (Rezende, *et al.*, 2012).

Em relação à iluminação e às escadas, 35,2% disseram ter brilho excessivo ou pouca iluminação; e 42% deles responderam que, em relação à escada, tinham algum tipo de problema (falta de corrimão, pouca iluminação, degraus altos, degraus estreitos).

No que diz respeito aos banheiros, há possibilidade de queda por falta de barras de apoio (42,9%), seguida de assento sanitário baixo (14,3%), falta de tapetes antiderrapantes (20%), e chão escorregadio (15,2%). O banheiro, portanto, oferece grande risco de queda para o idoso.

Os grandes fatores citados quanto ao quarto foram: cama muito alta, muita baixa, ou longe do banheiro, e tapetes soltos, totalizando 55,2%. Portanto, o quarto oferece risco de queda para o idoso.

O quarto e o banheiro são locais onde os idosos ficam com maior frequência; logo, estes são relatados como os principais lugares onde acidentes por quedas da própria altura acontecem (Yang, & Sanford, 2012). Isso mostra que devemos pensar no planejamento de ambiente e sobretudo em políticas de acessibilidade para a pessoa idosa, visto que ainda se tem dado pouca importância à avaliação ambiental, sobretudo de ambientes externos, à população idosa; os profissionais de saúde, bem como os cuidadores formais ou informais devem estar atentos para a adaptação ambiental, a fim de evitar o risco de queda.

Por isso, a importância do ambiente domiciliar e de fatores *extrínsecos* para a ocorrência do evento quedas e as formas de preveni-las, como iluminação adequada, piso não escorregadio, disposição adequada do mobiliário e objetos, ausência de tapetes, uso de anteparo para assento durante o banho e algum recurso antiderrapante, barras de apoio para facilitar o acesso a escadas e degraus, e outros (Siqueira, Facchini, & Piccini, 2007).

Além dos cômodos já citados na história de quedas pesquisadas no último ano, temos ainda outros a serem mencionados entre os quais, assoalhos escorregadios (14,3%), a falta de descanso de braço na cadeira (27,6%), quinas em móveis (29,5%), prateleiras muito altas (24,8%).

Foram ainda abordados os fatores pessoais que, de acordo com o estudo realizado, foi comprovado que sapatos inapropriados/gastos (7,6%), subir em ônibus

(11,4%), calçadas desniveladas (21,9%), farol de pedestre rápido (20%), animal doméstico (11,4%), são fatores para risco de queda em idosos.

Fatores do ambiente como iluminação inadequada, superfície escorregadia, degraus altos, ausência de corrimão, calçadas inadequadas e vias públicas mal conservadas, estão associados ao aumento da chance de queda (Jahana, & Diogo, 2007).

Um primeiro episódio de queda tem impacto negativo na vida do idoso e, mesmo que este fato não aconteça diretamente com ele, o medo das consequências dessa possível queda são determinantes para sua autonomia; o termo *ptofobia* se refere ao medo patológico em idosos de cair, e estudos, como o de Pinheiro, Melo, & Carvalho, (2012), observaram que a maioria da população estudada, também do Distrito Federal, cerca de 29% dos entrevistados caíram por terem escorregado quer seja em casa ou na rua, corroborando o presente estudo, em que os fatores de risco ambiental, como calçadas, por exemplo, foram referidos como risco para quedas.

Um melhor entendimento sobre esses fatores torna-se fundamental para a implementação de novas e mais abrangentes medidas públicas preventivas, que contribuam para a melhora da qualidade de vida do idoso, diminuindo, também, os recursos financeiros atualmente utilizados para o tratamento das consequências causadas pelas quedas.

É fundamental que se implementem medidas abrangentes e preventivas para uma adaptação ambiental melhor e mais adequada, a fim de evitar o risco de quedas, por exemplo, quanto ao ambiente externo como calçadas desniveladas, faixas de pedestres, subida em ônibus, vias públicas em geral e, finalmente, tudo que possa provocar risco de queda, o que cabe ao governo torná-los mais seguros, para que o idoso possa transitar com mais estabilidade e eficiência.

Sabe-se que os aspectos físicos e comportamentais interferem decisivamente no fator queda, sendo necessária uma readaptação dos ambientes, deixando-os mais seguros para o idoso, como também a capacitação, no tocante à velhice e ao envelhecimento, a fim de essas pessoas poderem contribuir para melhor orientação dos cuidadores de idosos, diminuindo, assim, o risco de queda. Imprescindível também a implementação de medidas preventivas por parte do poder público, principalmente relacionadas às áreas externas e públicas das cidades.

Considerações Finais

O perfil de idosos que sofreram quedas, atendidos no ambulatório em questão, entre 2009 e 2012, é de sujeitos com mais de 70 anos que vivem sozinhos (solteiros, viúvos, divorciados) e têm baixo nível de escolaridade e renda, além do uso de mais de cinco medicamentos, com diminuição da acuidade visual e fatores ambientais. Pode ainda constituir fator de risco de queda, a falta de adaptação do ambiente familiar interno, como o quarto e o banheiro, onde o idoso fica com mais frequência e que lhe traz a possibilidade de queda em virtude da inexistência de barras de apoio, camas e iluminação adequados. Nem todas as fichas apontaram episódios de quedas nos prontuários estudados; contudo, diversas questões ambientais foram observadas que favorecem ao risco de ocorrer acidentes por quedas. `

Independentemente do acidente por quedas da própria altura ter ou não ocorrido, a preocupação e o cuidado por parte da equipe de saúde acerca dessa temática contribui e muito com a melhor qualidade de vida da população idosa.

Referências

- Beltrão, K.I., Camarano, A.A., & Kanso, S. (2004). *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro (RJ). Recuperado em 01 dezembro, 2013, de: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4231.
- Borges, L.L., Santos, F.P.V, Pagotto V., & Menezes R.L. (2014). Functional disability in community-dwelling elderly: the role of cataracts and contextual factors. *Fisioter em Mov*, 27(2), pp.189-200. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502014000200189&script=sci_arttext.
- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF).
- Bucksman, S., & Vilela, A.L. (2004). Instabilidade postural e quedas. In: Saldanha, A. L., & Caldas, C.P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Interciência.
- Carvalho, J.A.M.de, & Garcia, R.A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 725-733. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>.

Celich, K.L.S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 345-359. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/144.pdf.

Cruz, D.T., Ribeiro, L.C., Vieira, M.T., Teixeira, M.T.B., Bastos, R.R., & Leite, I.C.B. (2012, fev.). Prevalência de queda e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 46(1), 138-146. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000087>.

Dellaroza, M.S.G., Pimenta, C.A.de M., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad.Saúde Pública*, 23(5), 1151-1160. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000500017&script=sci_arttext.

Fabricio, S.C.C., & Rodrigues, R.A.P. (2006, out.-dez.). Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. UERJ: *Rev. Enferm.*, 14(4), 531-537. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=452528&indexSearch=ID>.

Fabrício, S.C.C., Rodrigues, R.A.P., & Costa Junior, M.L. (2004, fev.). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. de Saúde Pública*, 38(1). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013>.

Freitas, R., Santos, S.S.C., Hammerschmidt, M.E.S., & Pelzer, M.T. (2011). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Brasília (DF): *Rev. Bras. Enferm.*, 64(3). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300011>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2010). *Censo 2010*. Recuperado em 01 dezembro, 2013, de: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php.

_____. (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2008*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2008.

Jahana, K.O., & Diogo, M.J.D. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4(17), 148-153. Recuperada em 01 dezembro, 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201704>.

Lebrão, M.L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8(2), 127-141. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005.

Maciel, A.C.C., & Guerra, R.O. (2005). Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *R. Bras. Ci. e Mov.*, 13(1), 37-44. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/610/622>.

Menezes, T.M.de O., Lopes, R.L.M., & Azevedo, R.F. (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. Goiânia (GO): *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 598-604. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a17.htm.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. (2003). *Guia clínica para atención primaria a las personas mayores*. (3ª ed.). Washington (EUA): OPAS.

Pereira, G.N., Morsch, P., Lopes, D.G.C., Trevisan, M.D., Ribeiro, A., Navarro, J.H.do N., Bós, D.da S.G., Vianna, M.S.dos S., & Bós, A.J.G. (2013, dez.). Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. Rio de Janeiro (RJ): *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(12). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200007>.

Perracini, M.R., & Ramos L.R. (2002, dez.). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rio de Janeiro (RJ): *Rev. de Saúde Pública*, 36(6), 709-716. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>.

Pinheiro, H.A., Melo, G.F.de, & Carvalho, G.de A. (2012, set.). Ptofobia, depressão e história de quedas em idosos com neuropatia diabética atendidos no Distrito Federal. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 45-56. ISSN 1516-2567. ISSN_e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10350>.

Rezende, C.P., Gaede-Carrillo, M.R.G., & Sebastião, E.C.O. (2012, dez.). Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 28(12), 2223-2235. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400002>.

Ribeiro, A.P., Souza, E.R., Atie, S., Souza, A.C.de, & Schilithz, A.O. (2008, jul.-ag.). A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. Rio de Janeiro (RJ): *Ciênc. & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>.

Rodrigues, N.C., & Rauth, J. (2006). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V.de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 186-192. (2ª ed.) Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Santos, F.H., & Andrade V.M. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. Maringá (PR): *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100002.

Siqueira, F.V., Facchini, L.A., & Piccini, R.X. (2007, out.). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 41(5). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>.

Silva, T.M., Nakatani, A.Y.K., Souza, A.C.S., & Lima, M.do C.S. (2007). A vulnerabilidade do idoso para quedas: análise dos incidentes críticos. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 64-78. Recuperado em 01 dezembro, 2013, de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>.

Veras, R. (2009, maio-jun.). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 43(3). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

Yang, H.Y. & Sanford, J.A. (2012). Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. *J Aging Res.*, 2012, ID 625758.

Recebido em 21/09/2014

Aceito em 12/02/2015

Dayne P. M. Cavalcante - Discente do curso de enfermagem da Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasília (DF).

E-mail: carlosneuza@brturbo.com.br

Lúcia de Jesus da Silva - Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga). Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

E-mail: lumelanio@yahoo.com.br

Neuza Matos – Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga). Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: neuzaecaelos@hotmail.com

Izabel Borges - Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga). Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: izabelmizael@gmail.com

Danielle Pedrosa Araújo – Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga).

E-mail: daniterapeuta@yahoo.com.br

Hudson Azevedo Pinheiro - Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga). Doutorando em Ciências e Tecnologias da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Filiado ao Centro Universitário EuroAmericano de Brasília (UniEuro).

E-mail: hudsonap@gmail.com