

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MEDICINA SOCIAL**

Maria Helena Covi de Souza

**Perfil de Idosos Vítimas de Quedas Internados em um Hospital de
Trauma de Porto Alegre, RS**

Porto Alegre

2013

Maria Helena Covi de Souza

Perfil de Idosos Vítimas de Quedas Internados em um Hospital de Trauma de Porto Alegre, RS

Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Roberta Alvarenga Reis

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por iluminar meus caminhos e tornar possível meu crescimento pessoal e profissional.

Ao marido e companheiro Anselmo, pelo apoio, compreensão e ajuda em muitos momentos, do início da jornada acadêmica até os dias atuais; aos meus filhos Tiago e Diego por continuarem presentes na minha louca rotina e alegrarem meu coração de mãe; as noras Gabriele e Haislana por estarem sempre por perto torcendo apoiando-me em diversas situações – amo muito vocês.

À minha mãe, irmã, sobrinhas e afilhada por compreenderem o meu distanciamento e, mesmo assim, não desistirem de mim, da minha rara companhia – amo vocês.

Algumas pessoas foram marcantes disponibilizando um pouco de seu tempo e conhecimentos: Rogério, Martha, Margarida, Adilson, obrigado pelo exemplo profissional e ajuda inestimável que tornaram possível a conclusão desse trabalho.

Aos colegas, que me acolheram em seus corações mais este ano, fizeram desta caminhada uma marcha suave.

À instituição que me recebeu e tornou possível o aprendizado.

Aos professores que compartilharam sua sabedoria e experiências para fazer do meu crescimento motivo de orgulho.

Enfim, às pessoas que fizeram parte dessa caminhada, meus agradecimentos sinceros.

RESUMO

As Políticas Públicas se fundamentam na identificação e descrição dos agravos à saúde. As quedas são consideradas um problema de saúde pública, de custo elevado e incapacidades. Este estudo teve por objetivo identificar o perfil de idosos, vítimas de quedas, internados em um hospital de trauma em 2012, na população de 60 a 99 anos e 1677 internações no período. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, documental, transversal. A amostra estimada por uma estatística de 196 prontuários; seleção por sistematização, um a cada dez, extraídos de listagem mensal das internações em unidades de traumatologia. Pesquisados 233 prontuários, excluídos 37, na maioria, falta de CID. Foram analisadas as variáveis sócio-demográficas dos idosos, as quedas quanto ao local, tipo, trauma, tempo de internação e co-morbidades. Foi criado um formulário de coleta, para posterior tabulação e análise do *Programa Estatístico SPSS versão 18.0*. A predominância do estudo: idosos de 60 a 65 anos, do sexo feminino, escolaridade de 1º grau, casados, aposentados ou pensionistas, residindo com familiares no município de Porto Alegre e, sofreram quedas no domicílio. Destaque às quedas de escada, 8,7%. As fraturas representaram 96,9%, classificadas pelo CID de procedimento. Predomínio das fraturas de fêmur, das doenças prévias hipertensivas, período de hospitalização de 1 a 10 dias, alta hospitalar de 191 idosos e internação inferior a 30 dias e 5 óbitos. Conclui-se que a pesquisa caracterizou o perfil dos idosos, vítimas de quedas, identificando a necessidade de ações preventivas, de redução de danos nos idosos de 60 a 65 anos.

Palavras-chave: perfil. idosos. vítimas. quedas. trauma. internação.

ABSTRACT

Public policies are based on the identification and description of health hazards. The falls are considered a public health problem of high cost and disabilities. This study aimed to identify the profile of the elderly, victims of falls, admitted to a trauma hospital in 2012, the population 60-99 years and 1677 hospitalizations in the period. This is a quantitative, retrospective, descriptive, documentary, cross. The sample estimated by a statistic of 196 records; selection for systematization, one to ten, drawn monthly list of hospital trauma units. Searches 233 records, excluding 37 mostly lack of CID. We analyzed the sociodemographic variables of the elderly, falls on the location, type, trauma, length of stay and comorbidities. We created a collection form for subsequent tabulation and analysis of the statistical program SPSS version 18.0. The predominance of the study: aged 60 to 65 years old, female, schooling 1st degree, married, retired or pensioners residing with relatives in the city of Porto Alegre, and suffered falls at home. Highlight the ladder falls, 8.7%. Fractures accounted for 96.9%, classified by CID procedure. Predominance of femur fractures, previous hypertensive disease, hospitalization period 1-10 days of hospital admission and 191 older than 30 days and 5 deaths. It is concluded that research characterized the profile of the elderly, victims of falls, identifying the need for preventive, harm reduction in the elderly 60-65 years.

Keywords: profile. senior citizens. victims. falls. trauma. hospitalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição por faixa etária de idosos internados em um hospital de trauma de Porto Alegre, em 2012, e a proporcionalidade da amostra.....	18
Tabela 2: Distribuição das características sociodemográficas por gênero de idosos de 60 a 99 anos, em faixas etárias, internados em um hospital de trauma de Porto Alegre em 2012.....	19
Tabela 3: Distribuição da queda por faixa etária quanto ao local e tipo nos idosos internados em um hospital de trauma de Porto Alegre em 2012.....	20
Tabela 4: Distribuição por faixa etária do trauma em região da lesão nos idosos internados em 2012.....	22
Tabela 5: Distribuição por faixa etária dos dias de internação, condições de alta hospitalar associados ao trauma.....	25
Gráfico 1: Distribuição do trauma por faixa etária nos idosos internados por quedas em 2012.....	21
Gráfico 2: Distribuição das doenças pré-existentes nos idosos internados por quedas em 2012.....	22
Gráfico 3: Distribuição do uso de medicamentos regulares nos idosos internados por quedas em 2012.....	23
Tabela 6: Classificação das quedas pelo CID-10.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição
CID W10-9	Queda em ou de escadas ou degraus - de local não especificado
CID W19-9	Queda sem especificação - de local não especificado
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégias de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
POA	Porto Alegre
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RMPA	Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
W00 - W19	Classificação do tipo de Queda

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.2	JUSTIFICATIVA	9
1.3	OBJETIVOS	10
1.3.1	Objetivo geral	10
1.3.2	Objetivo específico.....	10
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	10
2.1	TIPO DE ESTUDO	11
2.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	11
2.2.1	Critérios de Inclusão	12
2.2.2	Critérios de Exclusão.....	12
2.3	COLETA DE DADOS	12
2.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	13
2.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	13
3	DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	14
3.1	REVISÃO TEÓRICA.....	14
3.1.1	O envelhecimento populacional	14
3.1.2	Fisiologia e morfologia do envelhecimento	15
3.1.3	Queda em idosos.....	16
3.1.4	Hospitalização do idoso	16
3.1.5	Políticas Públicas e os idosos	17
3.2	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	18
3.2.1	Apresentação	18
3.2.2	Discussão	25
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
5	REFERÊNCIAS	32
6	APENDICE	35
6.1	APENDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	36
7	ANEXOS	37
7.1	ANEXO A - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE QUEDAS PELO CID-10	38
7.2	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC	39
7.3	ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CEP- GHC.....	40

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, marcado por elevado crescimento da população idosa, sobrepondo os demais grupos etários. Estima-se que, em 2020, as pessoas com idade superior a 60 anos serão responsáveis por 15% da população brasileira (CAMARANO, 2002).

A longevidade se deu pelo avanço da medicina na redução das doenças infecto-contagiosas de maior letalidade. Em contrapartida, evoluímos para processos crônicos de alta morbidade, que geram incapacidades e gastos maiores com a saúde (BRASIL, 2000).

Cada vez mais, o envelhecimento tem exigido dos pesquisadores estudos que contribuam para esclarecimentos dos indicadores de longevidade.

Na atualidade os serviços de saúde são vistos com preocupação pelos governantes e sociedade civil, muitas vezes insuficientes e ineficientes no atendimento da demanda populacional, necessitando com urgência de reestruturação frente ao crescimento da violência urbana e da utilização pelos idosos (LIMA et al., 2010).

As políticas públicas não acompanharam o ritmo brusco da transição demográfica brasileira, desvinculando a qualidade de vida da população idosa (VERAS, 2003).

As alterações fisiológicas do envelhecimento não acometem a todos no mesmo ritmo e nem sempre são perceptíveis, mas preveníveis em qualquer tempo.

As quedas possuem causas multifatoriais relacionadas à ambientes inseguros, a fatores de riscos como as modificações intrínsecas do envelhecimento que isoladamente ou associados podem desencadear uma luxação a traumas de maior gravidade (MELLO, 2005).

O aumento de internações por causas externas, no caso, quedas, instigou-me a conhecer o perfil do idoso que sofre este agravamento.

Quais são as complicações decorrentes de queda, da hospitalização por queda, nos idosos? De que forma os profissionais de saúde podem intervir na prevenção e reabilitação destes agravos?

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A projeção do número de idosos para o Brasil em 2020 é de 30,9 milhões de indivíduos. Acompanhando as projeções, em 2025 eles representarão 15% de toda população brasileira, colocando o país como a sexta população de idosos do mundo (CAMARANO, 2002).

Em 2012, atingimos o marco de 20,8 milhões de idosos residentes em território brasileiro, 448.854 no município de Porto Alegre/RS (DATASUS, 2012).

Os serviços de saúde não acompanharam o consumo populacional, gerando caos nas emergências dos hospitais do país. Deixamos de ser um país de jovens e evoluímos para um país de velhos (LIMA, et al.; 2010).

Mudanças alimentares como a diminuição de cálcio, a fraca exposição ao sol e outras alterações podem desencadear, futuramente, propensão às quedas e seus agravos (MELLO, 2005).

A cada ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem gastos crescentes com os tratamentos por queda. As quedas trazem transtornos à vida dos idosos e à sociedade. Em virtude deste quadro, conhecer os fatores que interferem em quedas é fundamental para adequação de saúde pública (MAIA et al., 2011).

1.2 JUSTIFICATIVA

A modificação da pirâmide etária pelo envelhecimento nos impulsiona a conhecer o perfil dos idosos, são hospitalizados por quedas e suas necessidades.

Mais de 30% dos idosos caem ao menos uma vez por ano, dos quais a metade o faz de forma recorrente (MAIA et al., 2011).

A morte decorrente de causas externas, quedas (acidentes ou violências) é um problema de saúde pública mundial. Embora frequente na população de jovens adultos, em idosos representa altos custos hospitalares decorrentes das doenças crônico-degenerativas (LIMA et al., 2010).

Em 2005, ocorreram 61368 hospitalizações por queda de idosos, representando 2,8% de todas as internações de idosos no país (RIBEIRO et al.; 2008).

Em Porto Alegre, no ano de 2011, as quedas CID-10 W00-W19, foram responsáveis por 361 internações; de janeiro a outubro de 2012, acumulavam o parcial de 288 internações (DATASUS, 2012).

Por isso, os cuidados com a saúde da população desta faixa etária são essenciais para a manutenção da longevidade.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil dos idosos, vítimas de quedas, internados em um hospital de trauma de Porto Alegre - RS.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar dados sociodemográficos, disponíveis nos prontuários dos idosos incluídos no estudo;

Caracterizar as quedas que ocasionaram internação quanto ao local de ocorrência, frequência, tipo, fatores e consequências;

Descrever o tempo de permanência em unidade hospitalar e associação com as co-morbidades.

2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O delineamento do estudo foi voltado para a identificação de características sociodemográficas e epidemiológicas de idosos, internados com diagnóstico de quedas, bem como outros dados pertinentes.

2.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho foi um estudo de caráter quantitativo, retrospectivo, descritivo, documental e transversal. Prodanov e Freitas (2009) definem o papel do pesquisador como o de um investigador que quantifica em números as opiniões e informações. Os dados foram pesquisados em fontes primárias – prontuários – na população da amostra, com objetivo de descrever o evento “quedas”. A população selecionada foi a dos idosos na faixa etária de 60 a 99 anos, no ano de 2012. Buscamos identificar a frequência de determinadas características para posterior tabulação e análise (GOLDIM, 1997).

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em 2012, segundo o SAME ocorreram 1677 internações de idosos na faixa etária alvo da pesquisa. O auxílio de uma estatística foi fundamental para convencionar o tamanho da amostra, estimada em 196 prontuários. A seleção foi por sistematização numérica, um a cada dez prontuários, selecionados em uma listagem por faixa etária de 60 a 99 anos, entre os idosos internados nas unidades de traumatologia, mensalmente até a obtenção do número de prontuários estipulado para a amostragem. Foram pesquisados 233 prontuários e excluídos 37 por desconformidade aos critérios de inclusão.

2.2.1 Critérios de Inclusão

Estar na faixa etária de 60 a 99 anos, sem distinção de sexo e que necessitaram de tratamento hospitalar por um período superior a 24 horas, tendo diagnóstico de queda classificados no CID-10 de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012.

2.2.2 Critérios de Exclusão

Idosos de 60 a 99 anos, internados em unidades diferentes das traumatológicas, prontuários sem diagnóstico médico e lesões não relacionadas a quedas do estudo como: as fraturas patológicas e os traumas decorrentes de atropelamentos e acidentes automobilísticos.

2.3 COLETA DOS DADOS

O hospital que consentiu com a pesquisa é referência em emergências de trauma; um dos três existentes no Rio Grande do Sul. Especializado em traumatologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia plástica, bucomaxilofacial e queimados no município de Porto Alegre. Atualmente, disponibiliza 264 leitos hospitalares distribuídos em unidades, por especialidade e complexidade.

Para a obtenção dos dados, foi construído um instrumento de coleta subdividido em cinco partes. A primeira foi a de variáveis sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão e cidade de moradia. A segunda, de informações sobre tratamento de doenças e utilização de medicamentos regulares e

seus nomes. A terceira, de dados que caracterizaram a queda quanto ao local, tipo e agravo sofrido. A quarta, do tratamento propriamente dito, da região lesionada e do número de dias de internação. E a quinta, das condições de alta.

A seleção dos prontuários foi por sistematização, um a cada dez, aplicada mensalmente na listagem dos idosos internados em 2012 e que ocuparam leitos nas unidades de traumatologia do hospital. Os dados foram obtidos por revisão nos boletins de atendimentos, notas de internação de enfermagem, nota de alta, sumários de hospitalização, prescrições médicas e outros documentos presentes nos prontuários. Foram analisados 233 prontuários e excluídos 37 por não atenderem os critérios de inclusão, sendo o diagnóstico de queda o principal deles. A coleta se estendeu por 20 dias, nos quais os dados foram transcritos de próprio punho, para posterior tabulação e análise.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e armazenados em uma única planilha no *Microsoft Office Excel* para compor o banco da pesquisa e analisados pelo *Programa Estatístico SPSS versão 18.0*. As variáveis foram expressas em frequências simples.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, que ocorreu em 15/04/2013, e os documentos pertinentes à pesquisa foram liberados e assinados.

A instituição que permitiu o estudo receberá cópia impressa e apresentação dos resultados da pesquisa.

Conforme a Resolução 196/96 (CNS), todos os procedimentos éticos foram respeitados, da mesma forma com que foi assegurada a privacidade dos participantes e da instituição pesquisada, mantendo-se o sigilo dos dados

pertinentes à identificação de pacientes, instituição e funcionários. Os documentos, formulários utilizados nesta pesquisa, ficarão sob guarda da pesquisadora e, transcorridos cinco anos, serão destruídos.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO TEÓRICA

3.1.1 O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional está ocorrendo mundialmente. No Brasil, este processo é conhecido como transição demográfica que, segundo Costa et al (2003), é uma mudança de situação: de mortalidade e natalidade elevadas, de população predominante jovem, para situação de mortalidade e natalidades baixas, de crescimento da população de idosos.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o crescimento da população idosa ocorreu de forma acelerada, em um contexto de desigualdades sociais, de economia frágil, de precários serviços de saúde, com crescentes níveis de pobreza que não contemplam o grupo etário emergente (CAMARANO, 2002).

O grande desafio do século XXI será a formulação de políticas públicas voltadas a atender o contingente de idosos de uma sociedade em constante transformação (CAMARANO, 2002).

O processo de envelhecimento é um processo normal, natural, dinâmico e multidimensional. Também é um fenômeno histórico, social, cultural, multifacetado e multidisciplinar, de relação de espaço, classe social, gênero e etnia, dentre outras variáveis. Propenso a alterações naturais que transparecem com o avanço da idade, possibilitando manter e aprimorar funcionalidades das áreas físicas, cognitivas e afetivas, dependendo do estilo de vida adotado (NERI, 2003).

Atribuídos ao processo de envelhecimento, existem os fatores de riscos e as co-morbidades, como: as doenças crônicas degenerativas (HAS, DM, Câncer, IRC); as doenças osteomusculares (artrite, artrose, osteoporose); as doenças psiquiátricas e neurológicas (transtornos mentais, depressão, Alzheimer, Parkinson), as chamadas síndromes geriátricas (incontinências fecal e ou urinária, da imobilidade, instabilidade postural) e outros (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

3.1.2 Fisiologia e morfologia do envelhecimento

As modificações físicas e hemodinâmicas transparecem nos idosos, dependendo do estilo de vida, co-morbidades associadas, adoção de hábitos saudáveis e atividade física.

Algumas alterações, como a pele perdendo a elasticidade e ficando ressecada, enrugada, manchada, com redução capilar, são mais visíveis, entretanto, outras, como a diminuição dos órgãos que desencadeiam adaptações hemodinâmicas a níveis cardíacos, respiratórios, digestivos e a diminuição sensorial nem sempre são percebidas até que um agravamento maior da saúde se manifeste, incluindo neste quadro os distúrbios da memória, do comportamento afetivo, desorientação no tempo e espaço e distúrbios do sono (PAPALEO NETTO; PONTE, 2002).

Já alterações musculoesqueléticas acarretam o declínio da força muscular já a partir dos 30 anos, em condições de sedentarismo, e são mais pronunciadas em homens do que em mulheres. Com a passagem do tempo, há uma predominância da perda do controle postural, da diminuição da massa muscular óssea, da resposta motora, do sensorio e do equilíbrio, todos fatores predisponentes às quedas em idosos (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2003).

3.1.3 Queda em idosos

A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição normal” (MOURA apud FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, p.94,2004). Pode ainda ser definida como um evento não-intencional que resulta em contato com o solo, podendo ocasionar perda ou não de consciência ou lesão (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2003).

As quedas possuem causas multifatoriais, segundo o MS, sendo resultantes de fatores intrínsecos, situacionais e ambientais. As causas comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas estão relacionadas ao ambiente com condições inseguras, distúrbios do equilíbrio, da marcha, alteração postural, lesões SNC e redução da visão.

As quedas são consideradas problema de saúde pública, inferindo no estilo de vida, ocasionando desde uma imobilidade temporária, uma escoriação leve à diversidade de fraturas, sendo o traumatismo craniano e fratura de quadril as causas comuns de óbitos, comprometedoras da autonomia e independência. O custo social que uma queda gera é imenso e tende a crescer na institucionalização do idoso (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

3.1.4 Hospitalização do idoso

As causas externas de hospitalização podem ser classificadas como lesões intencionais (violências), e lesões não intencionais, que incluem acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outros. Elas são responsáveis por grande parte dos óbitos em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde as causas externas ocupam a terceira posição (GAWRYSZEWSKI, JORGE MELLO, KOIZUMI, 2004).

O idoso frequentemente requer hospitalização, tanto por doenças crônicas degenerativas quanto às agudas e traumáticas. Quedas graves, além da

hospitalização, requerem cuidados intensivos. A internação é o serviço que implica em maiores gastos, decorrentes das complicações que elevam o tempo de internação e o custo assistencial (MAIA et al., 2011).

No Brasil, Veras (2003) assinala como fatores de risco para internação a síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser mulher, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, viúvo recente, morar sozinho em isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza. Anualmente, novos idosos se incorporam à população de risco.

3.1.5 As Políticas Públicas e os idosos

Idosa, no Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso, é considerada a pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 1997).

A classificação não é universal, diferindo nos países em desenvolvimento, porque a expectativa de vida é menor. Nos países desenvolvidos, idosos são pessoas com mais de 65 anos (ONU, 1982).

No Brasil, um país em desenvolvimento, o crescimento da população idosa ocorreu de forma acelerada, num contexto de desigualdades sociais, de economia frágil, de precários serviços de saúde, com crescentes níveis de pobreza que não atendem as necessidades do grupo emergente (CAMARANO, 2002).

Na saúde pública, a prevenção destes agravos tem como etapa inicial a descrição da magnitude, procurando, através das Políticas Públicas, minimizar o impacto que as hospitalizações por causas externas agregam aos cofres públicos.

Foi necessária a criação de várias legislações protetivas, como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e tantas mais, para assegurar equitativamente os direitos dos idosos, junto a outras camadas sociais que também necessitam de acompanhamento diferenciado.

As Políticas Públicas se inserem gradualmente na busca da qualidade de vida de toda população. Em populações frágeis, como os idosos, elas têm um

importante significado, com a inserção da Estratégia da Saúde da Família – ESF nas comunidades, proporcionando serviços diferenciados, de abordagem holística, realizados por equipe multiprofissional que atua na promoção da qualidade de vida.

3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.2.1 Apresentação

Através do estudo foi constatada a internação de 1677 idosos, na faixa etária de 60 a 99 anos, por um período superior a 24 horas, no ano de 2012. Durante o estudo, de forma sistematizada, um a cada dez prontuário foi selecionado, e certificado que contemplava os critérios de inclusão. Deste modo, dos 233 prontuários pesquisados, 37 foram excluídos por não apresentarem, na sua maioria o diagnóstico de queda. Assim, 196 casos confirmam a amostra deste estudo.

Tabela 1 - Distribuição por faixa etária de idosos internados em um hospital de trauma de Porto Alegre em 2012 e a proporcionalidade da amostra

Faixa etária (anos)	Nº de internações		Amostra	
	N	%	N	%
60 - 65	501	29,9	52	26,5
66 - 70	311	18,5	41	20,9
71 - 75	290	17,3	36	18,4
76 - 80	257	15,3	26	13,3
> 80	318	19,0	41	20,9
Total	1677	100,0	196	100,0

Foram estratificadas cinco faixas etárias, relacionando as internações gerais e as da amostra e, em ambas, prevaleceram os idosos na faixa de 60 a 65 anos de idade.

Contemplando as características sociodemográficas, descrevemos o perfil dos idosos, vítimas de quedas:

Tabela 2 - Distribuição das características sócio-demográficas por gênero de idosos de 60 a 99 anos em faixas etárias internados em um hospital de trauma de Porto Alegre em 2012

Características sócio-demográficas						
Faixa etária (anos)	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 - 65	22	11,2	30	15,3	52	26,5
66 - 70	14	7,1	27	13,8	41	20,9
71 - 75	13	6,6	23	11,7	36	18,4
76 - 80	8	4,1	18	9,2	26	13,3
> 80	13	6,6	28	14,3	41	20,9
Escolaridade						
1º Grau - Ensino Fundamental/Primário/Ginásial	59	30,1	102	52,0	161	82,1
2º Grau - Ensino Médio/Colegial/Científico/Normal	7	3,6	13	6,6	20	10,2
Ensino Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem Escolaridade	4	2,0	11	5,6	15	7,7
Estado Civil						
Casado	48	24,5	58	29,6	106	54,1
Solteiro	12	6,1	39	19,9	51	26,0
Viúvo	8	4,1	25	12,8	33	16,8
Divorciado	2	1,0	4	2,0	6	3,1
Ocupação						
Do lar	0	0,0	48	24,5	48	24,5
Aposentado/Pensionista	33	16,8	29	14,8	62	31,6
Trabalhador	21	10,7	9	4,6	30	15,3
Não informado	16	8,2	40	20,4	56	28,6
Cidade de Moradia						
Porto Alegre	52	26,5	87	44,4	139	70,9
Outros municípios	18	9,2	39	19,9	57	29,1
Reside com						
Sozinho	5	2,6	15	7,7	20	10,2
Familiares	41	20,9	55	28,1	96	49,0
Amigos/Grupo de convivência	3	1,5	7	3,6	10	5,1
Não informado	21	10,7	49	25,0	70	35,7
Total	70	35,7	126	64,3	196	100,0

O número de idosos do sexo masculino foi 70 (35,7%) e do sexo feminino foi 126 (64,3%), predominando a faixa etária de 60 a 65 anos (26,5% da amostra). Quanto maior a faixa etária menor é o percentual do sexo masculino.

Quanto à escolaridade, 59 (30,1%) do sexo masculino e 102 (52%) do sexo feminino tinham ensino de 1º Grau, entretanto, 4 (2%) e 11 (5,6%) respectivamente não tinham escolaridade.

Em relação ao estado civil, 48 (24,5%) do sexo masculino e 58 (29,6%) do sexo feminino eram casados.

Das condições de trabalho destes idosos que declararam a ocupação, 62 (31,7%) estavam aposentados ou tinham rendimentos de pensões, e um número

expressivo, 30 (15,3%) se declararam trabalhadores, com predominância do sexo masculino.

A maioria residia em Porto Alegre, 139 (70,9%). Os demais nos diversos municípios da Região Metropolitana da capital.

Em relação aos arranjos familiares, entre os que informaram, 96 (49%) residiam com familiares, 10 (5,1%) residiam com amigos ou grupos de convivência. Significativo foi o número de prontuários, 70 (35,7%), em que não constava esta condição.

Classificando a queda propriamente dita pelo CID – 10, a maioria dos prontuários referenciou quedas sem especificação (CID W19-9), apesar de outras quedas, da escada e de degraus, possuir CID diferenciado (W10-9) o que representaria uma melhor caracterização das quedas vide anexo A:

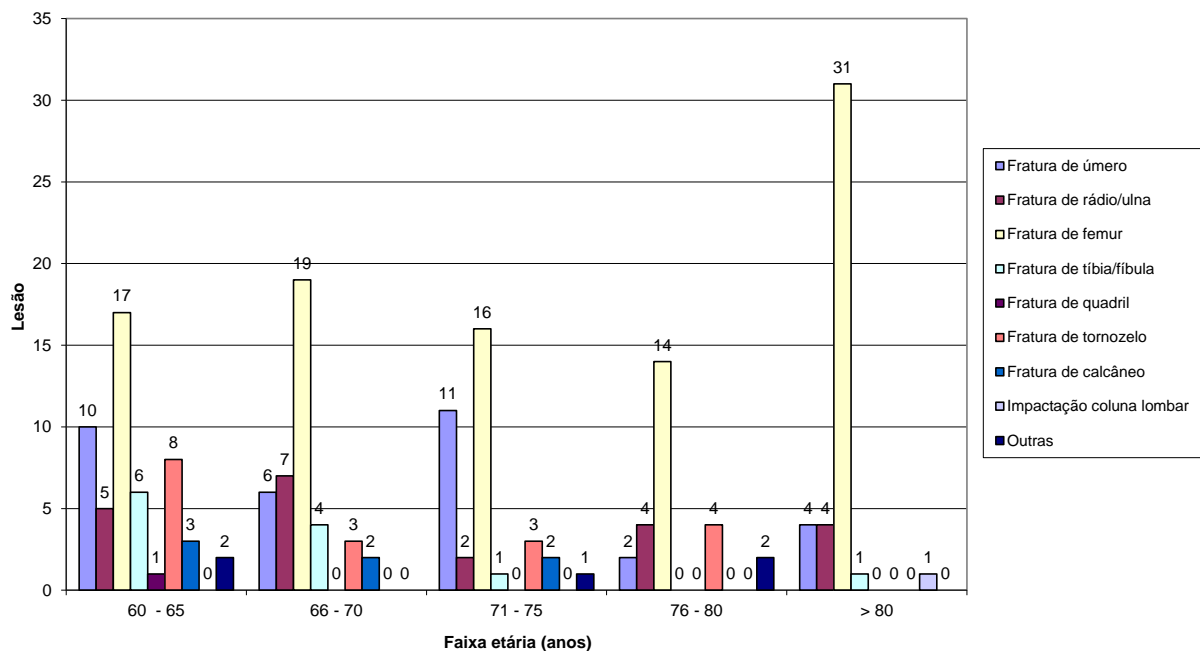
Tabela 3 - Distribuição da queda por faixa etária quanto ao local e tipo nos idosos internados em um hospital de trauma de Porto Alegre em 2012

Local/Faixa etária	60 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	> 80	Total	%
Domicílio	11	13	7	10	15	56	28,6
Fora do Domicílio	14	5	6	1	3	29	14,8
Não informado	27	23	23	15	23	111	56,6
Total	52	41	36	26	41	196	100,0
Tipo							
Banheiro	2	0	2	1	2	7	3,6
Calçada/pátio/rua	2	2	3	0	0	7	3,6
Ônibus	3	1	0	1	1	6	3,1
Interior residência	2	2	1	1	3	9	4,6
Mal definidas	3	5	1	3	5	17	8,7
Escada	8	3	2	2	2	17	8,7
Cadeira	2	1	1	0	0	4	2,0
Cama	1	1	1	2	4	9	4,6
Maca hospitalar	0	0	1	0	1	2	1,0
Telhado/arvore	2	3	1	1	0	7	3,6
Total	25	18	13	11	18	85	43,4

Quanto às variáveis da queda por local e tipo, os prontuários que continham estas informações somaram 85 (43,4%); queda no domicílio 56 (28,6%) e 29 (14,8%) fora do domicílio, prevalecendo, portanto, as domiciliares. A maioria 111 (56,6%) não relatou o local e 17 (8,7%) apenas o tipo de queda. A faixa etária que apresentou maior número de quedas foi a de 60 a 65 anos, com 25 quedas, seguida pela faixa de 66 a 70 anos, com 18 quedas. Destaque às quedas da escada 17 (8,7%), seguidas de quedas da cama 9 (4,6%).

Conseqüentemente, lesões ou traumas foram desencadeados pelas quedas. Houve predominância de fraturas, em 96,9% da amostra. Algumas tiveram intervenções imediatas, tipo redução, fixação, imobilização e outras, de caráter cirúrgico, se adequaram à demanda hospitalar. As fraturas foram classificadas quanto ao tipo de lesão e região, utilizando o CID de procedimento: fratura dos membros superiores, S42, (úmero), S52 (antebraço, ulna, rádio); fratura dos membros inferiores S72 (fêmur), S82 (tíbia, fíbula) e S92 (calcâneo); do tórax/coluna S32; quadril S70 e outras conseqüências T03, T93, como na tabela abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição do trauma por faixa etária nos idosos internados por queda em 2012



As fraturas de fêmur foram predominantes em todas as faixas etárias e, nos idosos maiores de 80 anos, elas representaram 31 (15,8%). Na amostra, 6 idosos eram politraumatizados e o registro da queda selecionado, o de maior gravidade.

Das fraturas, resultaram algumas incapacidades permanentes outras temporárias, mas todas impeditivas do retorno imediato às atividades diárias. Comparando a região afetada e as limitações, 55 (28%) destes idosos tiveram comprometimento do membro superior, representadas nas fraturas de úmero, rádio e ulna; 134 (68,36%) do membro inferior representadas nas fraturas de fêmur, tíbia, fíbula, tornozelo e calcâneo, as demais regiões, 7 (3,5%) destas limitações.

Tabela 4 - Distribuição por faixa etária do trauma em região da lesão nos idosos internados em 2012

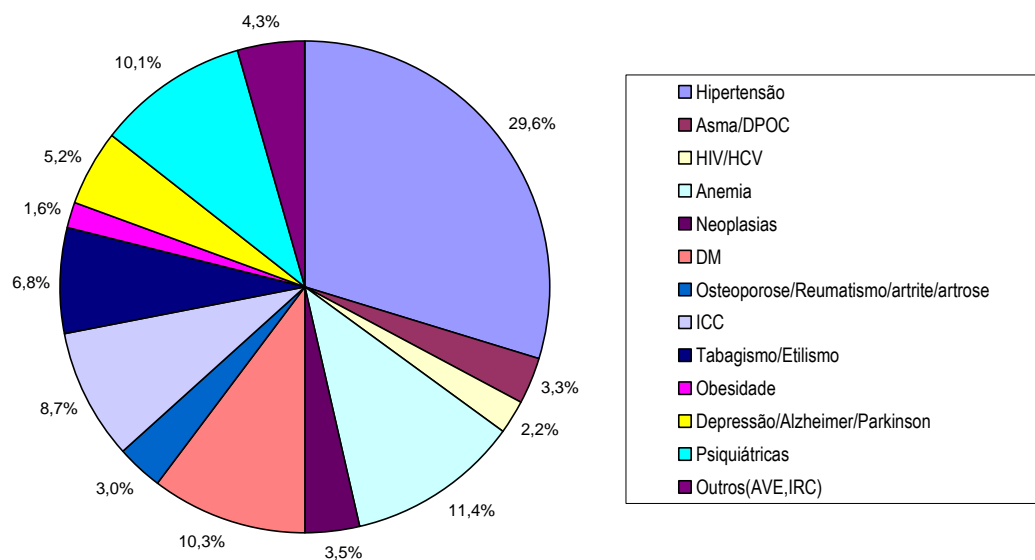
Trauma		Faixa etária (anos)					Total	%
		60 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	> 80		
Região da lesão								
Membro superior	(1) + (2)	15	13	13	6	8	55	28,1
Membro inferior	(3) + (4) + (6) + (7)	34	28	22	18	32	134	68,4
Tórax/coluna	(8)	0	0	0	0	1	1	0,5
Quadril	(5)	1	0	0	0	0	1	0,5
regiões indefinidas	(9)	2	0	1	2	0	5	2,6
% de lesão		26,5	20,9	18,4	13,3	20,9	100,0	

CID* (1) = S422, S423, S424; (2) = S520, S524, S525, S526, S528; (3) = S720, S721, S722, S723, S724; (4) = S821, S822; (5) = S700; (6) = S824, S825, S826; (7) = S920; (8) = S320; (9) = T039, T931

A faixa etária com menor número de lesões foram os idosos de 76 a 80 anos, 26 (13,3%) e os com maior número de lesões os de 60 a 65 anos, 52 (26,5%).

Alguns idosos faziam uso regular de medicamentos, tratando co-morbidades pré-existentes, outros as desconheciam ou não as tratavam. E, às vezes, são as próprias fraturas os desencadeantes de complicações à saúde. Dos idosos, 167 (85,2%) informaram doenças e 29 (14,8%) não informaram. Dos informantes 110 (56,1%) eram do sexo feminino e 57 (29,1%) do sexo masculino.

Da extração dos dados coletados se dimensionou o gráfico abaixo:

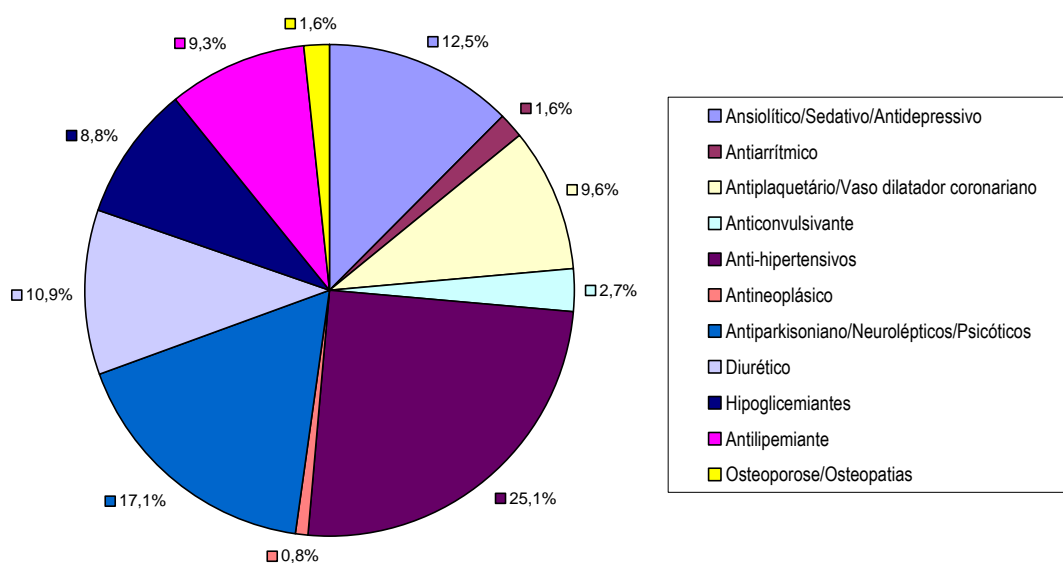
Gráfico 2 - Distribuição das doenças pré-existentes nos idosos internados por quedas em 2012

Das doenças identificadas nos prontuários, a de maior frequência foi a hipertensão, com 109 (29,6%) casos, seguida da anemia, com 42 (11,4%), da diabetes, com 38 (10,3%), das psiquiátricas, com 37 (10,1%), das insuficiências cardíacas, com 32 (8,7%), do tabagismo/etilismo, com 25 (6,8%), da depressão/ Alzheimer/ Parkinson, com 19 (5,2%) e das outras – AVE/IRC, com 16 (4,3%), neoplasias, com 13 (3,5%), asma/DPOC, com 12 (3,3%), osteoporose/reumatismo/artrite/artrose, com 11 (3%), HCV/HIV, com 8 (2,2%) e obesidade, com 6 (1,6%) casos.

Das doenças, a anemia foi uma das prevalentes, pouco relatadas pelos idosos, mas detectada através de exames laboratoriais pré-operatórios.

Com relação ao uso regular de medicamentos, 138 (70,4%) declaram o uso; 58 (29,6%) dos idosos não declararam, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Distribuição do uso de medicamentos regulares nos idosos internados por quedas em 2012



Do uso regular de medicamentos, salientamos os sete grupos mais apontados por eles: 94 (25,1%) usavam anti-hipertensivos; 64 (17,1%) antiparkinsoniano/neuroléptico/antipsicótico; 47 (12,5%) ansiolítico/sedativo/antidepressivo; 41 (10,9%), diuréticos; 36 (9,6%), antiplaquetário/vaso dilatador coronariano; 35 (9,3%), antilipemiantes; 33 (8,8%), hipoglicemiantes.

Dessa forma, percebemos a adesão medicamentosa nas doenças hipertensivas, diabéticas, psiquiátricas e das insuficiências cardíacas.

O tratamento medicamentoso apresentado pelas variáveis é fundamental na prevenção de patologias, principalmente da doença hipertensiva. Estudos do MS (2006) sinalizaram a importância do tratamento da hipertensão como forma de minimizar fatores de riscos a eventos cardiovasculares como: AVE, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, aneurisma de aorta e insuficiência vascular periférica.

Da evolução clínica e do quadro patológico dos idosos, maior ou menor, será o período de internação adotado pelo médico no tratamento do trauma.

Em muitos casos, as doenças crônicas foram responsáveis pelo acréscimo de dias de internação, bem como a evolução do pós-operatório e da resposta à dor do paciente.

Frente ao exposto, relacionando o trauma aos dias de internação, construiu-se a tabela abaixo:

Tabela 5 - Distribuição por faixa etária dos dias de internação, condições de alta hospitalar associado ao trauma

Tempo de permanência(dias)	Faixa etária (anos)					Total	%	
	60 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	> 80			
01 a 10	29	28	18	12	24	111	56,6	
11 a 20	21	10	18	9	15	73	37,2	
21 a 30	2	3	0	2	1	8	4,1	
31 a 40	0	0	0	1	1	2	1,0	
> 40	0	0	0	2	0	2	1,0	
Alta								
Melhorada	51	41	36	25	38	191	97,4	
Óbito	1	0	0	1	3	5	2,6	
Trauma	CID*							
Fratura de úmero	(1)	10	6	11	2	4	33	16,8
Fratura de rádio/ulna	(2)	5	7	2	4	4	22	11,2
Fratura de femur	(3)	17	19	16	14	31	97	49,5
Fratura de tíbia/fíbula	(4)	6	4	1	0	1	12	6,1
Fratura de quadril	(5)	1	0	0	0	0	1	0,5
Fratura de tornozelo	(6)	8	3	3	4	0	18	9,2
Fratura de calcâneo	(7)	3	2	2	0	0	7	3,6
Impactação coluna lon	(8)	0	0	0	0	1	1	0,5
Outras	(9)	2	0	1	2	0	5	2,6
% de lesão		26,5	20,9	18,4	13,3	20,9	100,0	

CID* (1) = S422, S423, S424; (2) = S520, S524, S525, S526, S528; (3) = S720, S721, S722, S723, S724; (4) = S821, S822; (5) = S700; (6) = S824, S825, S826; (7) = S920; (8) = S320 ; (9) = T039, T931

Frente à evolução do quadro satisfatório, o idoso encaminha-se para alta médica, terminando a convalescença e reestabelecimento no domicílio. O período de 01 a 10 dias foi predominante aos demais, 111 (56,6%), seguido do período de 11 a 20 dias, 73 (37,2%). Os idosos, na sua maioria, 191 (97,4%), obtiveram alta hospitalar em um período inferior a 30 dias. Poucos idosos, 4 (2%), extrapolaram este período e, 5 (2,6%) deles, sendo que 3 com mais de 80 anos, foram a óbito.

3.2.2 Discussão dos Resultados

Anualmente, novos idosos se incorporam à população brasileira e o aumento de agravos por causas externas têm se tornado motivo de preocupações por profissionais da saúde e gestores.

Sabemos que a expectativa média de vida dos brasileiros se ampliou, a população envelheceu e enfrentamos um problema de saúde pública, em que se busca adequar a infraestrutura de serviços existentes ao novo contingente populacional.

Contemplando os objetivos do estudo descrevendo a caracterização deste grupo, estimulando novas discussões sobre medidas preventivas as quedas, a permanência hospitalar pelo trauma e as doenças crônicas, salientamos a importância de investimentos, melhorias na rede de serviços de atenção básica e emergências.

Os dados sociodemográficos que emergiram da amostra serviram para caracterizar as quedas quanto ao local, tipo, fatores e consequências, associados às co-morbidades, refletidos no tempo de internação, no ano de 2012, em um hospital de trauma de Porto Alegre.

Após análise, os dados apontaram para o predomínio de quedas em faixas etárias de idosos jovens, de 60 a 65 anos (26,5%), 66 a 70 anos (20,9%) e, sexo feminino 126 (64,3%), sobrepondo ao masculino.

Estudos epidemiológicos apresentam o sexo masculino como a vítima comum das causas externas, com exceção às quedas, onde a predominância

feminina é ressaltada e vinculada à osteoporose (GAWRYSZEWSKI; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

Cabe ressaltar que o Rio Grande do Sul, segundo IBGE, é o Estado com maior proporção de idosos e o segundo em maior expectativa de vida, com as mulheres sobrepondo a longevidade dos homens. Das capitais, Porto Alegre tem 11,8% de idosos residentes, só perdendo para a cidade do Rio de Janeiro, 12,8%.

Com relação à escolaridade, dos casos estudados, 59 (30%) foram do sexo masculino e 102 (52%) do sexo feminino que tinham ensino de 1º Grau. Uma das limitações encontradas foi a generalização da escolaridade, representando falha no controle da informação. A taxa de analfabetismo encontrada foi baixa, 7,7%. O crescimento da alfabetização entre 1940 e 2000 remete aos programas de alfabetização de jovens e adultos, o MOBRAL, na década de 60 e o EJA nos anos 90, com a reestruturação das séries escolares. Comumente, idosos referenciam estudos de 1ª a 5ª séries, como primeiro grau. A prioridade era o trabalho e não o estudo, por isso a média de anos de estudos é de 4,4 anos, sendo que 32% da população geral tem menos de um ano; 13.933.173 são analfabetos, sendo 39,2% deles correspondentes à população com idade superior a 60 anos (IBGE, 2010).

Em 2012, atingimos o marco de 20,8 milhões de idosos, com uma média de 8,15 milhões de analfabetos (IBGE, 2010).

A baixa escolaridade é um fator de risco acentuado, principalmente nos grupos fragilizados, como os idosos, em virtude da complexidade gerontológica na promoção e manutenção da qualidade de vida e inserção social.

Em relação ao estado civil, 54,1% da amostra eram casados e 43,4% eram solteiros, viúvos e divorciados. O estado civil interfere nas quedas, através do isolamento social, onde o solteiro, sem filhos, viúvo recente, ao morar sozinho, passa a ser fator de risco (VERAS; 2003).

O sexo feminino, na questão do risco pelo isolamento social, representou 34,9% da amostra, contra os 11,6% do sexo masculino.

Com relação à ocupação, 30 (15,3%) dos idosos se declararam trabalhadores, predominando o sexo masculino ao feminino.

Fato explicado talvez, por conta das alterações da seguridade social, que há bem pouco tempo modificou a idade mínima para a aposentaria, divergência de anos

de trabalho entre os sexos, elas divergem em 5 anos, e entre profissões especiais ou insalubres.

Camarano (2001) e Krelling (2008) defendem que são fatores socioeconômicos e culturais que determinaram a situação do idoso no mercado de trabalho. Idoso no mercado de trabalho significa renda ou complemento de renda. Destacam-se os serviços domésticos para as mulheres e autônomos para os homens. São idosos jovens, segundo a ONU, de 65 a e 79 anos, mantendo sua independência e autonomia, expondo-se a ambientes inseguros, às vezes vinculados a atividade laboral.

Dentre os idosos, 23,1%, eram egressos de municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre. A busca pelo serviço de pronto atendimento se baseou na especialidade hospitalar, no sistema Único de Saúde – SUS e na facilidade de acesso por transporte público.

Dos idosos, 49% residiam com familiares, e 5,1% residiam com amigos ou grupos de convivência.

Os familiares desempenham importante papel na manutenção da qualidade de vida do idoso. Devido às modificações familiares, cuidar dos idosos está cada dia mais difícil, seja por impossibilidades financeiras, de trabalho ou de cuidados especializados, restando às vezes a alternativa da institucionalização (VASCONCELOS, 2000).

Em relação ao trauma em idosos por quedas, os resultados foram semelhantes a outros estudos: do MS (2005) e de Fabrício; Rodrigues; Costa Junior, (2004). Decorrente do mecanismo não intencional de crescente proporção na população de jovens idosos, acarreta custos elevados aos serviços e gera incapacidades temporárias ou permanentes.

Um fator importante é o mapeamento do ambiente, das condições inseguras onde a queda ocorreu. São fatores atribuídos a ambientes inseguros: iluminação, arquitetura, móveis, espaço e cores (MS, 2005).

Muitos idosos (56,6%) não relataram o local e outros apenas o tipo de queda, comprometendo a qualidade do estudo.

Relataram que caíram no domicílio 56 idosos, e fora dele 29, predominando as quedas no domicílio. Dados semelhantes foram encontrados por Carvalho (2000)

e Fabrício; Rodrigues; Costa Junior, (2004) em relação à predominância das quedas no domicílio, principalmente em áreas urbanas.

A faixa etária que apresentou maior número de quedas foi a de 60 a 65 anos, com 25 quedas, seguida pela faixa de 66 a 70 anos, com 18 quedas.

Estudos do MS (2005) e de Fabrício; Rodrigues; Costa Junior, (2004) sinalizam que 30% dos idosos caem a cada ano, elevando para 40% e 50% em idosos com mais de 80 anos e institucionalizados. As quedas nos idosos não são fatores isolados e sim um conjunto de alterações intrínsecas e extrínsecas, onde o fator ambiental é ressaltado nas quedas acometidas no domicílio, talvez associado a déficit visual e sensorial.

A amostra foi composta na sua maioria por fraturas classificadas pelo CID de procedimento, com predominância das fraturas de fêmur em todas as faixas etárias.

As fraturas geram incapacidades por tempo indeterminado. Em média, as fraturas de fêmur demoram de 3 a 5 meses para a consolidação, por vários fatores, como: idade, tamanho, distância dos fragmentos ósseos, carência de cálcio, de vitamina D, de co-morbidades prévias e da adesão ao tratamento (FAMERP, 2004).

O atendimento hospitalar é voltado à correção cirúrgica, imobilização da fratura e alívio da dor. As fraturas desencadeiam outros problemas de saúde, deslocamentos de trombos, imobilização, dor aguda, alteração dos hábitos intestinais, e outros. Durante a internação, são realizados exames de avaliação clínica e cardiológica, monitoramento e intervenção direta nas lesões ocorridas pelo trauma e, em caso cirúrgico, exames pré-operatórios. Neste período, usualmente são utilizados analgésicos potentes, estabilização da fratura com talas gessadas, fixadores, fios, placas e parafusos. O período de internação para 111 idosos foi de 01 a 10 dias, seguido pelo período de 11 a 20 dias, e os dois períodos juntos, inferiores a 20 dias, representaram 93,8% da amostra.

Os idosos, na maioria, foram liberados para suas residências em período inferior a 30 dias. Apenas um pequeno grupo de 4 idosos, extrapolaram esse período. Desses, 191 obtiveram alta melhorada e 2,6% foram a óbito em decorrência das complicações da fratura e co-morbidades associadas.

As co-morbidades comuns são doenças crônicas, às vezes diagnosticadas e não tratadas ou tratadas de forma inadequada pelo idoso ou cuidador. É importante

estimular o tratamento adequado, como forma de minimizar fatores de riscos de eventos cardiovasculares e outros. Somado a isso, outro agravante ao tempo de internação é a resposta terapêutica vagarosa, complicada pela síndrome da imobilidade, do afastamento familiar. Em dois dos casos, o ambiente inseguro estava vinculado ao ambiente hospitalar, queda da maca, fortalecendo a idéia de ambiente ou situações agravantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou o perfil dos idosos que internaram por quedas em um hospital de trauma em 2012. Na sua maioria eram idosos na faixa etária de 60 a 65 anos, predomínio do sexo feminino, de escolaridade de 1º grau, estado civil casado, morando com familiares no município de Porto Alegre.

No que refere a ocupação, a maioria dos idosos eram aposentados ou pensionistas, destaque a uma parcela de 30 idosos que continuam exercendo atividade laboral.

Na caracterização das quedas fatores limitadores como registros incompletos, mal definidos, generalizados prejudicaram a análise da pesquisa. Desta análise, 111 não informaram local da queda, correspondendo a 56,6% e 85 contemplavam o tipo de queda, ou seja, 43,3%, menos da metade da amostra. Dos prontuários que caracterizaram as quedas a faixa etária com maior número de agravos foi a de 60 a 65 anos, predomínio das quedas no domicílio e da escada, seguidas por quedas da cama. As fraturas representaram 96,9% do estudo classificadas pelo CID de procedimento comprometendo os membros inferiores, a maioria e predomínio da fratura de fêmur em todas as faixas etárias.

Destas análises emergiram questões semelhantes às encontradas por outros pesquisadores (MELLO, 2005) e (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004). Apesar do esforço em elucidar as questões sobre as quedas, elas continuam ocorrendo, causando incapacidades, perda de autonomia e da qualidade de vida. Sabendo que as causas são multifatoriais, resultantes de situações e ambientes inseguros, percebessem a fragilidade das políticas públicas voltadas à promoção de saúde por falta de investimentos no setor.

Mediante ao fato e a epidemiologia das quedas, um novo modelo de assistência se faz necessário. Ao Poder Público cabe melhorar os calçamentos, transporte público e serviços de saúde, subsidiando medicamentos, óculos e academias. Projetar para as próximas décadas cidades adaptadas ao envelhecimento populacional. Aos profissionais da saúde, o desafio será o mapeamento das situações inseguras, através das visitas domiciliares, e medidas preventivas aos fatores de risco.

Aos profissionais médicos além do atendimento médico a importância em descrever de forma legível e completa a descrição da doença ou problema relacionado a saúde segundo a padronização da Organização Mundial de Saúde (OMS) – CID-10.

Por todos esses motivos, as quedas devem ser bem compreendidas pela população, familiares e cuidadores, ressaltando a importância da educação como aliada na promoção e prevenção dos agravos a saúde.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil 2000**. Rio de Janeiro (RJ); 2000. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/perfil_idosos.html. > acesso em 20 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. **Dicas em Saúde: queda de idosos**. [Acesso 2013 mar 13]. Disponível em: < URL: http://bvsmms.saude.gov.br/dicas/184queda_idosos.html > acesso em 13 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. (PNSPI).

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Caderno de Atenção Básica em Saúde nº 14, Distrito Federal (DF); 2006. Disponível em: < http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf > acesso em 25 abr 2013.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. IPEA. Texto para discussão 858, Jan. 2002. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br> > acesso em 18 de jan 2013.

CID-10 - **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. > Disponível em: < <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulo-xx-causas-externas-de-morbidade-e-de-mortalidade> > acesso em 10 de ago 2013.

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > acesso em 15 jan 2013.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em um hospital público. **Revista Saúde Pública**, 2004; 38 (1) p. 93-99.

FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Fraturas Expostas; **PROJIS: Projeto Internet & Saúde**, 2004. Disponível em: < <http://www.famerp.br/projis/grp11/tratamentoosso.html> > acesso em 30 de abr 2013.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto, Alegre: Dacasa, 1997.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista Saúde Pública**, 2004; 50 (1) p. 97-103.

KRELING, N. H. Envelhecimento, trabalho e renda: uma análise na Região Metropolitana de Porto Alegre. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, 2008; 36 (1) p. 67 – 76.

LIMA, et al.; Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violência, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, 15 (6) p. 2687 – 2697.

MAIA, C. M. et al.; Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2011, 14 (2) p. 381 - 393.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007, p. 312.

MATTOS, A. M.; FRAGA, T. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Escola de Administração: adequada à NBR 14724 de 2011 Disponível em > www.ea.ufrgs.br/biblioteca/docs/2011/normas_2011.pdf > acesso em 12 de mai. 2013.**

MELLO, J. L.: **A Interdisciplinaridade como vetor de saúde**: Prevenção de fraturas traumáticas por quedas em idosos: estudo de caso, Porto Alegre, 2005.

MOURA, R.N.; SANTOS, F. C.; DRIEMEIER, M.; SANTOS, L. M.; RAMOS, L. M. **Quedas em Idosos: fatores de risco associados**. *Gerontologia* 1999; 7 (2): 5 – 21

NERI, A. L. **Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo**: publicados entre 1995 e 2002. In O. R. M. von Simson, A. L. Neri, & M. Cachioni (Orgs.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp.13–54). Campinas: Alínea, 2003.

_____. **Atitudes em relação à velhice**: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas E. V. et al.; **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, José Ribeiro. **Envelhecimento: desafio na transição do século**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.

PONTE, et al. **Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre Balanced Scorecard**: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. [Fortaleza], [s.n.], p. 1-17. [ca. 2007].

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 3. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

RIBEIRO, et al.; A influência das quedas na qualidade de vida de idosos, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, 13 (4), p. 1265 – 1273.

VERAS, R. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: Consequência da Explosão Populacional dos Idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Un ATI/UERJ, 2002.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (3), Rio de Janeiro, jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102> > acesso em 09 dez 2012.

_____. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, 23 (10), Rio de Janeiro, out. 2007.

_____. R. P. **País Jovem com Cabelos Brancos** – a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 224.

APÉNDICE

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS DE IDOSOS INTERNADOS POR QUEDA EM 2012

I – DADOS PESSOAIS:

Número do paciente: _____

a. Sexo: F M

b. Data de Nasc.: ___/___/19__ - Idade: _____

c. Escolaridade completa:

Ensino Fundamental /Primário Ensino Fundamental/Ginásial

Ensino Médio (Colegial, Científico, Normal, 2º Grau) Ensino Superior

Sem Escolaridade Outro

d. Estado Civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado Outro

e. Cidade de Moradia: POA Outro Município: _____

f. Bairro: _____

g. Com quem reside: Sozinho Familiares Amigos Grupo de Convivência

II - TRATAMENTO/MONITORAMENTO DAS DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

a. Medicamentos de uso regular: Não Sim Não sabe

b. Quais: _____

c. Doenças Pré Existentes

HAS HIV /HCV NEOPLASIAS REUMATISMO/ARTRITE/ARTROSE

PARKISON ALZEIMHER CHAGAS AVE

OSTEOPOROSE ANEMIA DM ICC

ASMA OU DPOC IRC ETILISTA TABAGISTA/Nº Cigarros dd____

OUTROS

III – CARACTERÍSTICAS DA QUEDA

a. DATA DA QUEDA: ___/___/2012 Primeira Queda Recorrente

b. Local da Queda: Domicílio/Local _____ Fora do Domicílio/Local _____

c. Tipo de Queda: Queda da Própria Altura (tropeços, escorregões, esbarrões, colisões e síncope ao abaixar

Queda da Cadeira/Cama/Maca, Escada/Telhado/Sacada/Laje/Árvore Outras Quedas

d. Agravos da Queda: Fratura Ruptura Ligamentar Hemorragias Outras Complicações

IV – TRATAMENTO HOSPITALAR

a. DATA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ___/___/2012

b. Tratamento/ Tipo de Imobilização: Tração Esquelética Tração Cutânea

Tala Gessada Fixador(es) Velpeau

c. Região da lesão: Cabeça/Pescoço Tórax/Região Dorsal Região Quadril

Membro (s) superior (es) Membro (s) inferior (es) Região Sacra

d. Descrição Específica da (s) Lesão (oes): _____

e. Unidade de Prevalência de dias de Internação: CTI Unidade Internação

f. Dias de Internação: até 2 dias 3 a 10 dias 11 a 15 dias

16 a 30 dias 31 a 45 dias superior a 2 meses

V – ALTA HOSPITALAR:

a. Condições da Alta: Alta Melhorada ___/___/2012 Óbito ___/___/2012.

ANEXOS

ANEXO A – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE QUEDAS PELO CID-10

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10 é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de padronizar a codificação de doenças. Dividida em capítulos, identificados por algarismos romanos de I a XXII.

O Capítulo XX classifica as causas externas de morbidade e mortalidade, padronizadas e identificadas pelo código de letras e números V01- Y98.

As quedas estão inseridas neste capítulo e identificadas por um código alfanumérico: letra “W” seguida de três números, a nível de quatro caracteres, como representado na tabela abaixo:

Tabela 6: Classificação das quedas pelo CID-10

CID-10 - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE QUEDAS	
CID	Descrição
W00.	Queda no mesmo nível envolvendo gelo e neve
W10.	Queda em ou de escadas ou degraus
W11.	Queda em ou de escadas de mão
W12.	Queda em ou de um andaime
W13.	Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas
W14.	Queda de árvore
W15.	Queda de penhasco
W16.	Mergulho ou pulo na água causando outro traumatismo que não afogamento ou submersão
W17.	Outras quedas de um nível a outro
W18.	Outras quedas no mesmo nível
W19.	Queda sem especificação

Sub-Divisão CID Principal	Descrição
Wxx.0	[...] - na residência
Wxx.1	[...] - em habitação coletiva
Wxx.2	[...] - em escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Wxx.3	[...] - em área para a prática de esportes e atletismo
Wxx.4	[...] - na rua e estrada
Wxx.5	[...] - em áreas de comércio e de serviços
Wxx.6	[...] - em áreas industriais e em construção
Wxx.7	[...] - na fazenda
Wxx.8	[...] - em outros locais especificados
Wxx.9	[...] - em local não especificado

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC



TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: Perfil de Idosos Ultrapassados de Cuidados Intencionados em um Hospital de Referência de Porto Alegre-RS

Eu, João Calbim Roberto, responsável pelo setor/serviço Assistência Intensiva HC3 tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por Marcia Helena Loureiro Souza, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 18 de março de 2013.

Assinatura do Chefe do Serviço

João Calbim Roberto
Dr. João Calbim Roberto
Assistente de Serviço de
Intensiva HC3

Carimbo

18/3/13

Obs: Este documento não autoriza o início de realização de pesquisa, pois trata-se de pesquisa não avaliada pelo CEP-GHC para apreciação ética do projeto de pesquisa. A realização da pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento no trabalho do setor/serviço.

ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CEP – GHC

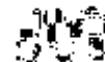


INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO
 INSTITUTO DE PESQUISA E INOVAÇÃO
 INSTITUTO DE PESQUISA E INOVAÇÃO
 INSTITUTO DE PESQUISA E INOVAÇÃO

HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR

HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR

HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR
 HOSPITALAR GRUPO HOSPITALAR



Ministério da Saúde - Decreto nº 7.247/08

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 10 de abril de 2013, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-075

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

ROBERTA ALVARENGA REIS

MARIA HELENA COSTA DE SOUZA

Título: Perfil de idosos vítimas de quedas internados em um hospital de trauma de Porto Alegre, RS.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Daniel Simétrio Fausto da Silva
 Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 15 de abril de 2013.