

QUEDAS NA VELHICE: UMA OCORRÊNCIA IMPEDITIVA À MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Matheus Silva d'Alencar*

Fernanda Silva d'Alencar**

Resumo. O aumento das doenças crônicas e incapacitantes estão na base de uma mudança de paradigma na saúde, que já não é medida apenas pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Este estudo analisa os impactos da queda sobre essa capacidade, reforçando a ideia de que a velhice não pode continuar sendo tratada sob uma única abordagem, ou um único olhar, tampouco assunto privativo das famílias ou do olhar particular que oferecem as disciplinas da saúde. Lesões e danos decorrentes de quedas constituem atualmente um problema de saúde pública, e de impacto social relevante enfrentado por idosos e familiares, aumentando na razão direta do aumento da longevidade, com custos significativos para todos os envolvidos. O estudo aponta a importância da identificação precoce dos fatores de risco, impactos e custo das quedas para o segmento idoso da população.

Palavras-Chave: Saúde. Funcionalidade. Quedas. Velhice.

* Fisioterapeuta, especialista em Gerontologia Social, Pesquisador do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc. Vinculado aos Grupos de Pesquisa Os Discursos da Saúde e a Velhice e Velhice e Envelhecimento, registrados no CNPq. *E-mail:* <matheus_alencar@yahoo.com.br>.

** Enfermeira, especialista em Gerontologia Social. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc. Vinculada aos Grupos de Pesquisa Os Discursos da Saúde na Velhice e Velhice e Envelhecimento, registrados no CNPq. *E-mail:* <dalencar09@hotmail.com>.

FALLS IN THE OLD AGE: AN INHIBITIVE OCCURRENCE FOR MAINTENANCE OF THE FUNCTIONALITY

Abstract. The increase in chronic and disabling diseases are the basis for a paradigm shift in health, which is not only measured by the presence or absence of disease, but the degree of preservation of functional capacity. This study analyzes the impact of the fall on this ability, reinforcing the idea that old age can't be treated under a single approach or a unique look, or subject private households or particular look that offer health disciplines. Injuries and damage resulting from falls are currently one public health problem, and relevant social impact faced by seniors and families, increasing in direct proportion to the increase in longevity, with significant costs for all involved. The study points to the importance of early identification of risk factors, impact and cost of falls for the elderly segment of the population.

Keywords: Health. Functionality. Falls. Old age.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é considerada uma questão central para quem deseja compreender melhor o processo do envelhecimento e, com ele, a questão da qualidade de vida na velhice e o recorrente apelo ao envelhecimento saudável. O aumento das doenças crônicas e incapacitantes estão na base de uma mudança de paradigma na saúde, que já não é medida apenas pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Avaliar o grau de capacidade funcional significa identificar, de alguma forma, a população de risco para hospitalização, dependência e lesões.

Nessa direção, é preciso analisar o próprio conceito de saúde, conduzindo-o para a funcionalidade. Isto traduz a necessidade de compreender que envelhecimento com qualidade de vida, assunto tão falado hoje, deve relacionar-se diretamente com capacidades, sejam elas funcionais, afetivas ou cognitivas, mesmo com a presença de uma ou mais patologias.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças objetivam qualificar a saúde das pessoas, seja permitindo-lhes controle e melhoria, seja educando-as para prevenir fatores que levem ao adoecimento ou, ainda, detectar e tratar precocemente.

Quando doenças não são devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, o envelhecimento com boa capacidade funcional será comprometido. A construção real do envelhecimento saudável, dentro da lógica da promoção e prevenção, será o resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, suporte familiar, independência econômica e integração social (RAMOS, 2003).

As avaliações de saúde não podem desconsiderar que as mudanças que a sociedade impõe às pessoas que envelhecem, transformando-as em inativas quando ainda ativas, reduzindo seus rendimentos no momento em que mais aumentam seus custos de sobrevivência, levam-nas inevitavelmente à redução e ao afrouxamento das relações sociais, com implicações sérias sobre a sua autoestima e alegria de viver, com prejuízos da sua capacidade funcional, seja cognitiva, afetiva ou física.

A presença ou ausência dessas capacidades evoca, de imediato, conceitos como prevenção, acessibilidade,

reabilitação, atenção primária, serviços sociais, assistência sanitária. Trata-se de reforço à ideia de que a velhice não pode continuar sendo tratada sob uma única abordagem, ou um único olhar, tampouco assunto privativo das famílias ou do olhar particular que oferecem as disciplinas da saúde. Ao contrário disso, exige políticas, estratégias e ações interdisciplinares que envolvam a epistemologia desses diferentes saberes, associadas a ferramentas metodológicas e à própria comunidade onde o idoso se encontra (família, amigos, vizinhos).

Os avanços reconhecidos e as inovações no campo da saúde, o desenvolvimento cada vez maior de apoios sociais e de recursos, ainda que não consigam dar conta de toda a demanda, associam-se à melhoria das condições de vida de parcela relevante da população brasileira e convergem para o crescente aumento da expectativa de vida.

Com o acelerado envelhecimento, que coloca o Brasil com mais de 23 milhões de pessoas idosas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012), aumentam as chances para o aparecimento de problemas de saúde decorrentes de alterações sensoriais, como a perda ou redução do equilíbrio e da visão; alterações articulares, doenças neurológicas e respiratórias, além do uso de vários medicamentos que podem gerar dificuldades de movimentos e instabilidade, e até levar a quedas. Essas condições, somadas a outras pré-existentes, promovem uma preocupação ainda maior para toda a sociedade, porque aumentam as demandas por serviços de saúde, em quantidade e qualidade. Mas é

necessário lembrar que a assistência à saúde do idoso não pode orientar-se pelos sintomas ou pela cronologia da idade, tampouco reduzir-se à biologia, enfoque considerado inadequado.

A funcionalidade nos idosos se evidencia na capacidade de realizar as atividades cotidianas para atender e enfrentar as próprias demandas e do entorno, de forma independente. Mas é evidente que, quanto mais elevada a idade, mais afetados eles serão pela diminuição ou perda das habilidades funcionais, especialmente nas tarefas diárias, momento em que a sua socialização tende a fragilizar-se, abrindo caminho para a incapacidade e a depressão.

Torna-se cada vez mais importante a promoção de ações que estimulem a interação social desse segmento da população, considerando ser este um relevante fator de proteção frente ao surgimento de doenças. Além de compensar as perdas inerentes à idade, também contribui com o desenvolvimento e a manutenção da capacidade cognitiva e de habilidades para os enfrentamentos da vida cotidiana, com qualidade. As consequências disso são altamente positivas para a autonomia, a mobilidade e a autoestima.

O aumento da longevidade, sem dúvida alguma, uma realidade positiva por si só, pela possibilidade de se viver mais anos, vem estabelecendo progressivo incremento de acidentes que vitimizam pessoas em idades mais avançadas, hoje representando a quinta causa de morte de idosos, dois terços dela provenientes de quedas. Embora qualquer um, em qualquer idade, seja potencialmente uma vítima, na velhice a queda pode se transformar em um sério problema,

pelas lesões decorrentes, ainda que nem todas resultem em danos.

De acordo com o Relatório Global da OMS sobre Quedas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007), mais de um terço das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda por ano. Aquelas que caem mais de uma vez têm cerca de três vezes mais chances de cair novamente. As lesões decorrentes das quedas geram significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos.

A consequência disso é a presença de um conjunto de necessidades que tanto modificam a condição anterior da vítima, como estabelece demandas para as famílias e toda a sociedade, tanto de recursos quanto de serviços e de infraestrutura capazes de responder às necessidades das pessoas que envelhecem com fragilidades.

2 COMO É DEFINIDA A QUEDA?

A queda recebe diferentes definições, talvez por incluir um amplo leque de situações em que ocorre, variando também do ponto de vista de quem a sofre ou de quem é testemunha; ora é tratada como perda de equilíbrio, ora como evento que pode causar ferimento e danos à saúde. A mais comum dessas definições, reproduzida em Paixão Júnior e Heckman (2006, p. 950), é tomá-la como

um evento em que a pessoa inadvertidamente vai ter ao solo ou outro local em nível mais baixo do que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência ou lesão.

Ainda de acordo com esses autores, a queda está diretamente relacionada à postura e à marcha, estas influenciadas pelo envelhecimento, seja ele normal ou patológico. Considerando que a marcha é dependente de vários órgãos, com ênfase nos dos sistemas neurológico, músculo-esquelético e cardiovascular, a atenção dos profissionais precisa direcionar-se para um diagnóstico precoce dos fatores de risco para quedas na velhice, não apenas pelo natural envelhecimento desses sistemas, mas pelo estilo de vida em etapas anteriores à velhice.

Distúrbios da marcha e do equilíbrio constituem fatores de risco para as quedas e suas consequências. Ainda que nem todas as quedas resultem em lesão, as estatísticas dão conta de que dois terços das mortes acidentais decorrem de quedas, especialmente com pessoas acima de 65 anos, por força da perda de equilíbrio postural, tanto originando-se de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neuromuscular, quanto de uma condição clínica adversa que afeta os mecanismos do equilíbrio e da estabilidade. Por isso, a queda pode ser um sinal do início de perda da capacidade funcional ou, ainda, sintoma de uma nova doença.

Lesões e danos decorrentes de quedas constituem, atualmente, um problema de saúde pública, e de impacto social relevante, enfrentado por todos os países do mundo, por força da velhice, aumentando na razão direta do aumento da longevidade.

Embora sua definição seja variável, a diretriz da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2008, p. 3) estabelece um conceito mais abrangente, tratando-a como

o 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.

Ela tanto pode ocorrer em casa como fora dela; portanto, em espaços privados e em espaços públicos.

A prevenção da queda tem importância singular pelas possibilidades que cria, não só na redução da morbi-mortalidade, como nos custos para o sistema de saúde, além da incapacidade e dependência que estabelece em relação à vítima e à família, que passam a ter gastos elevados. Os programas de prevenção têm a vantagem de, paralelamente, melhorar a saúde como um todo, bem como a qualidade de vida, sendo sua prática especialmente importante para a faixa etária mais idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

O levantamento de fatores que possam ser modificados por meio de intervenções específicas é essencial, tanto na prevenção de futuros episódios, como também no manejo do processo de reabilitação.

3 FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS PARA/DAS QUEDAS EM IDOSOS

A compreensão da queda como evento inevitável na velhice, dentro da percepção de que é apenas acidente, resultou historicamente em negligência por parte da saúde pública e acabou contribuindo para que a sua prevenção não fosse tratada com prioridade pelos profissionais da atenção primária, sistemas de vigilância e diagnóstico de fatores de risco a ela relacionados.

Como não tem uma única causa, a ocorrência de quedas de idosos é decorrente de uma complexa interação de fatores de risco diretamente relacionados com os determinantes da saúde, classificados em três categorias, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008): intrínsecas, extrínsecas e comportamentais.

Os fatores de risco intrínsecos consideram: idade, história prévia de quedas, sexo feminino, medicamentos, condição clínica, distúrbio de marcha e equilíbrio, estado psicológico, deficiência nutricional, declínio cognitivo, deficiência visual, doenças ortopédicas, estado funcional.

Já os fatores de risco extrínsecos levam em conta: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, roupas e sapatos inadequados, via pública mal conservada com buracos ou irregularidades e órteses inapropriadas.

Na categoria comportamental incluem-se: história prévia de quedas, circunstâncias em que ocorreram, uso e alterações recentes de medicamentos, evidências de maus tratos, doenças músculo-esqueléticas, capacidade funcional e fatores de risco ambientais.

Já para a Organização Mundial da Saúde (2010), os fatores de risco se caracterizam como: biológicos, comportamentais e ambientais. A interação entre eles aumenta os riscos de quedas. Os fatores de risco biológicos, por exemplo, abrangem características

dos indivíduos relacionadas ao corpo, tais como idade, gênero e raça, os quais não são modificáveis; estas associam-se ao declínio das capacidades física, cognitiva e afetiva, e à comorbidade associada às doenças crônicas.

Os fatores de risco comportamentais traduzem potencialidade de modificações e incluem o uso de múltiplos medicamentos, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário. Quanto aos fatores de risco ambientais, são incluídos a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca; isso envolve degraus estreitos, superfícies de escada escorregadias, tapetes soltos e iluminação insuficiente, pisos escorregadios, calçadas quebradas ou irregulares e iluminação insuficiente em locais públicos.

Moreland, citado por Perracini (2009), em revisão sistemática acerca da evidência sobre o peso dos fatores de risco modificáveis para quedas, classificou-os em nível de 1 a 6, destacando três deles: **nível 1**: comprometimento do estado mental e uso de medicação psicotrópica; **nível 2**: uso de múltiplos medicamentos, presença de riscos ambientais, de problemas de visão, de fraqueza muscular ou de disfunção em membros inferiores (MMII), diminuição da função neuromuscular periférica, incapacidade em atividades básicas e instrumentais de vida diária, uso de dispositivos de auxílio à marcha; **nível 3**: presença de incontinência urinária, de hipotensão postural e pós-prandial, de tontura, alto nível de atividade física e uso de medicações cardíacas.

Entre os determinantes da saúde, cabe realçar as condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade e

acesso a serviços de saúde, a tratamentos, medicamentos e suporte social. Isto significa que a saúde de uma pessoa é resultado das condições de vida e das relações que essa pessoa estabelece com ela própria, com os demais e com o ambiente.

As quedas representam um grande desafio para o envelhecimento e são consideradas um dos “gigantes da geriatria”, aumentando proporcionalmente ao aumento da longevidade. Portanto, os segmentos mais velhos da população, aquelas pessoas com idade superior a 80 anos, são particularmente mais suscetíveis a quedas e suas consequências. De acordo com Paixão Jr. e Heckman (2006), os estudos sobre a questão indicam aumento do risco de queda com o aumento da idade, estando a mulher em situação de maior suscetibilidade. Perracini e Ramos (apud PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2006, p. 956) constataam que

as chances de queda recorrente aumentaram entre mulheres, idosos viúvos, solteiros ou desquitados, com história prévia de fraturas. [...] A presença de patologias múltiplas e fatores psicológicos, também aumenta o risco de quedas.

As doenças precisam ser adequadamente identificadas, acompanhadas e tratadas ao longo dos anos, para não comprometer a independência e a autonomia do indivíduo (RAMOS, 2003). Além disso, os fatores que podem determinar um envelhecimento saudável, com boa capacidade funcional, estão na base das novas propostas para a saúde pública que pretendem, sobretudo, apostar na promoção e prevenção.

No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez no ano; a frequência de quedas é maior em mulheres; o risco de fraturas decorrentes de quedas aumenta com a idade; estudos mostram que 40% das quedas em mulheres com mais de 75 anos e 28% das quedas em homens da mesma idade resultam em fraturas; 5 a 10% das quedas resultam em ferimentos importantes; o risco de quedas aumenta com o avançar da idade e pode chegar a 51% em idosos acima de 85 anos; mais de dois terços daqueles que têm uma queda cairão novamente nos seis meses subsequentes; 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de casa (PAIXÃO JUNIOR; HECHMAN, 2006).

4 O CUSTO DAS QUEDAS E A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os impactos e os custos em razão das quedas de idosos estão aumentando significativamente em todo o mundo, isso em função da ampliação da longevidade e do quantitativo de idosos, que tende a ampliar-se nas próximas décadas. O impacto econômico é crítico, tanto para a família quanto para a comunidade, e a sociedade como um todo. Esses custos são classificados sob dois aspectos: diretos – que abrangem as despesas com medicamentos e serviços de consulta médica, tratamento e reabilitação; indiretos – consideradas as perdas da produtividade, relacionadas às atividades nas quais os indivíduos ou os cuidadores estariam envolvidos, caso não fossem vítimas ou tivessem de cuidar de lesões provocadas pelas quedas. Há que se levar em conta, também, a chamada síndrome pós-queda, considerando as consequências que trazem,

como dependência, imobilização, perda de autonomia e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas atividades diárias.

De acordo com a OMS (2005), a queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Os obstáculos nos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas.

Embora a queda não seja diretamente responsável pelos óbitos (exceção quando ocorre traumatismo), quanto mais avançada a idade, mais graves serão as consequências, mais longo será o período de internação e, provavelmente, de reabilitação, e maiores serão os riscos de dependência e incapacidade. Esta situação sugere que uma das condições importantes para a efetividade da prevenção é a identificação dos idosos de alto risco, em geral os mais velhos, mais fragilizados e que apresentam várias comorbidades com prejuízo da sua capacidade funcional, uma vez que são estes os que mais se beneficiariam dos programas preventivos.

A imobilidade prolongada pode agravar doenças preexistentes nos idosos, como pressão alta, diabetes, arritmias, sobrepeso, podendo levar a outras complicações, como trombozes e pneumonias. A identificação precoce de fatores, especialmente daqueles modificáveis por meio de intervenções pontuais, se torna cada vez mais importante, tanto para prevenir futuros episódios, como para manejar o processo de reabilitação.

A análise de custos com as quedas não pode prescindir de contabilizar a hospitalização que, no caso dos idosos, tem tempo mais prolongado de internação, cuidados em unidades de emergência, incluindo transporte, cuidados ambulatoriais e de reabilitação, profissionais envolvidos, além dos dias perdidos de trabalho de cuidadores familiares. Para as famílias, o custo de cuidar de uma pessoa idosa vítima de queda e com lesões é alto, crítico e capaz de desequilibrá-la financeiramente, podendo comprometer as condições e a qualidade de vida do idoso.

As fraturas de fêmur vêm representando significativa causa de morbimortalidade e de incapacidade entre a população idosa, sendo uma das lesões traumáticas mais comuns. De acordo com estudos recentes, ocorreram no Brasil mais de 35 mil mortes de idosos por causas externas¹, incluindo-se as quedas, só nos anos de 2005 e 2006. Independente de levar à morte, a queda pode deixar lesões graves e, além disso, suas consequências podem gerar medo de novas quedas; esse medo é capaz de influenciar mudanças comportamentais. Tais mudanças associam-se, muitas vezes, ao cuidado excessivo por parte de familiares e cuidadores sendo, ao mesmo tempo, um agravante às condições fisiológicas do indivíduo idoso, que passa a não se movimentar como antes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, as quedas, que podem ser consequentes à pouca mobilidade, sinalizam o início do declínio da

¹ Entre as causas ditas externas encontram-se acidentes automobilísticos, violência, dentre outros (N.A.).

capacidade funcional. Esta, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente, relacionada às atividades básicas e instrumentais da vida diária e, por consequência, da autonomia.

No processo de envelhecimento, algumas condições, como a presença de múltiplas patologias e fatores psicológicos, emprestam singular contribuição para que idosos percam a sua autonomia, favorecendo a ocorrência de quedas, que tanto podem estar associadas a alterações fisiológicas do envelhecimento, a doenças e efeitos de medicamentos, como a questões ambientais (dentro de casa e nas ruas) que desafiam a mobilidade do idoso.

5 IMPACTO DAS QUEDAS SOBRE O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A prevenção das quedas é um desafio ao envelhecimento populacional. Além das restrições para desenvolver uma vida normal, pela ocorrência de dores e o medo da (re)caída, as quedas costumam promover restrições, temporária ou definitivamente, causando fraturas que podem levar o idoso a hospitalizações, processos cirúrgicos e outras consequências, como redução da capacidade cardiorrespiratória, alterações negativas nos sistemas motores e sensoriais, até mesmo à chamada síndrome da imobilidade, redução significativa da capacidade funcional dos sistemas biológicos, em que se pode encontrar déficit cognitivo, úlceras de decúbito, redução da amplitude de movimento articular, dentre outras condições de morbidade.

As quedas aumentam exponencialmente com as mudanças biológicas associadas à idade; portanto, um significativo número de pessoas com mais de 80 anos deverá desencadear um aumento substancial de quedas e dos ferimentos a elas relacionados.

Diante do exposto, a palavra mais apropriada é prevenção. Prevenir quedas significa ter atenção com barreiras arquitetônicas, movimentar-se com cautela, utilizar dispositivos auxiliares sempre que necessário, alimentar-se adequadamente, praticar atividade física com orientação e supervisão de profissionais de saúde, não só no sentido de evitá-las mas, no caso da ocorrência, para minimizar os efeitos danosos e o tempo de baixa mobilidade.

A prevenção depende da consciência de toda a população, do poder público constituído para adequar as cidades à nova realidade da velhice e, também, dos profissionais da saúde, que devem estar preparados para essa demanda cada vez mais crescente na população, aprofundando o conhecimento em torno dos processos de envelhecimento, atendendo com qualidade e orientando corretamente idosos e familiares, configurando uma extensão importante à manutenção da boa qualidade de vida desses indivíduos, com benefícios para toda a sociedade.

De acordo com a OMS (2005), quando os fatores de risco, especialmente comportamentais e ambientais para doenças crônicas e de declínio funcional, são mantidos baixos, enquanto os fatores de proteção são elevados, as pessoas desfrutam de maior quantidade e maior qualidade de vida e permanecem sadias e capazes de cuidar do seu próprio envelhecimento, o que

deixa poucos idosos necessitando de constantes tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles idosos que realmente precisem de assistência devem ter acesso a serviços sociais e de saúde que atendam às suas necessidades, e com qualidade .

Esses serviços, no entanto, ainda não foram universalizados para todos os idosos brasileiros, em especial nas instituições de longa permanência, onde se encontram idosos dependentes, fragilizados e que, muitas vezes, são vítimas de quedas dentro desses espaços. Isto porque essas instituições sobrevivem no limite da carência, com infraestruturas inadequadas às condições dos idosos, tais como pisos, banheiros mal iluminados, péssimas instalações hidráulicas e elétricas, barreiras arquitetônicas (degraus, declives, falta de corrimão ou barras de segurança nos banheiros e nas camas), precários espaços de convivência para banhos de sol, dentre outros. Note-se, marcadamente, que à noite a precária iluminação dificulta a locomoção desses idosos, acentuadamente, quando vão fazer suas necessidades fisiológicas.

Nas ILPIs, de acordo com a OMS (2010), aproximadamente de 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes.

Finalmente, embora a fragilidade não seja uma condição inerente ao envelhecimento, índices de quedas na população idosa apontados em diferentes estudos, bem como as consequências que as acompanham, poderiam ser facilmente evitadas, especialmente por originarem-se de ambientes inadaptados e instalações inadequadas às condições físicas da pessoa idosa.

REFERENCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

SÃO PAULO. Hospital do Servidor Público do Estado. **Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa**. São Paulo: [s.n., [200-?]].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Relatório global sobre prevenção de quedas na velhice**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: s.n., 2010.

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; HECHMAN, M. F. de. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PERRACINI, M. R. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 45-48, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/bis/bis-47>>. Acesso em: 23 out. 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793- 798, maio- jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Quedas em idosos:** prevenção. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

Recebido em dezembro de 2012.
Reapresentado em fevereiro de 2013
Aprovado em março de 2013.