

INSUFICIÊNCIA SÚBITA DE CONTROLE POSTURAL NO IDOSO: A PRÁTICA ASSISTENCIAL NUMA ABORDAGEM INVESTIGATIVA

[*Sudden failure of posture control in elderly: the aid practice in an investigation approach*]

Maria Helena Lenardt*
Maria Terumi Maruyama Kami**
Cristiane Brey**

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, cujo objetivo foi desenvolver uma abordagem educativa para a prática de cuidados de enfermagem, durante o atendimento emergencial das insuficiências de controle postural em idosos, no Serviço de Pronto Socorro, identificando, levantando as causas destas e orientando os idosos atendidos e seus familiares quanto à prevenção do problema. O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário, estendendo-se para a ala de internação da Clínica Ortopédica, na cidade de Curitiba. A população deste estudo foram idosos (idade igual ou superior a 60 anos), de ambos os sexos, que adentraram o campo de estágio, durante o período compreendido entre os meses de setembro e outubro de 2000, que sofreram acidentes de quedas, perfazendo um total de 39 idosos. Os principais achados da pesquisa foram: a predominância do sexo feminino (66,67%); a ocorrência em ambiente familiar (82,05%); as quedas da própria altura (61,54%); o piso escorregadio como o principal causador de quedas (29,03%) e as fraturas de fêmur (55%) como lesões de maior incidência. Das análises dos resultados, conclui-se que os acidentes de quedas constituem um problema importante nesta faixa etária da população. A abordagem educativa, objetivando a prevenção de quedas por fatores externos, durante a prática de cuidados, foi realizada e acreditamos que foi instrumento importante para a tentativa de minimizar a frequência destes acidentes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes por queda; Idoso; Cuidados de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A velhice é uma etapa do ciclo da vida que crescente parcela da população brasileira vem alcançando. Desta forma,

questões relativas ao envelhecimento têm se tornado um assunto de extrema relevância. Contudo, segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS-1999), o Brasil está carente de programas que detenham atenção sobre o aspecto preventivo e de assistência específica aos problemas dos idosos sob o ponto de vista físico, psíquico, social e cultural.

O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos e, caracteristicamente, este declínio tende a ser linear, em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases. O envelhecimento tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo, freqüentemente pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (Papaléo Netto, 1996).

Dependente de vários fatores, o envelhecimento é um processo aceito através de diversas teorias e critérios. Segundo Papaléo Netto (1996), a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o critério cronológico para definir pessoa idosa, determinando o limite de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países subdesenvolvidos. Sob o ponto de vista biológico, não se pode afirmar que a velhice começa aos 60 anos, pois o envelhecer depende de fatores como o hereditário, ambiental e o estilo de vida (Veras, 1998).

O envelhecimento natural é, muitas vezes, caracterizado como um estado patológico, e não como resultado de um processo, que começa na vida embrionária e que, a cada instante, faz o indivíduo tornar-se mais velho, somado a uma série de experiências de mudanças em diversas áreas, evidenciadas pelas transformações somáticas e psicológicas. À medida que o tempo passa, os mecanismos homeostáticos tornam-se menos sensíveis, mais lentos, incertos e menos bem sustentados, formando um processo dinâmico, progressivo, sendo de fundamental importância o

* Prof.ª Adjunto do Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela UFSC.

** Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem - UFPR.

conhecimento de suas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, em consequência da ação do tempo.

Dentre as principais alterações anatômicas e morfológicas ocorridas durante este processo, destacamos a insuficiência súbita de controle postural (queda) que, segundo Vieira (1996), é considerada uma síndrome, por ser um problema que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e funcionais, podendo ser um sinal, um prenúncio do estabelecimento de uma debilidade e vulnerabilidade física.

Como professora supervisora de alunos de graduação em Enfermagem e como alunas estagiárias num Pronto Socorro de um Hospital Universitário, observamos que a frequência de idosos que adentravam a instituição era bastante alta. Após um mês de investigação direta a respeito dos motivos que levaram estes pacientes a procurarem este serviço, obtivemos como resultado a alta incidência de acidentes de quedas. Durante a observação, no mês de agosto de 2000, 95 idosos procuraram o serviço por diversos motivos, 13 deles motivados pela insuficiência súbita de controle, sendo que, 13,68% destes idosos apresentaram quedas.

A respeito da complexidade e da relevância do assunto e impelidas pelos resultados da investigação, fomos buscar, na literatura, dados que ajudassem a refletir e encontrar um caminho que pudesse provocar, mesmo que a longo prazo, alguma mudança na frequência estatística dos acidentes de quedas em idosos.

Constatamos, na literatura atual, um quadro compatível com a realidade vivenciada no Pronto Socorro e, conforme Bodachne (1994), as quedas constituem causa importante de morbidade e mortalidade pelas suas consequências, em alguns casos, determinando estados de incapacidade ou invalidez importantes.

Os vários fatores limitantes após a queda, segundo Rodrigues & Casagrande (1996), podem ser classificados como:

1. físicos: na maioria das vezes levam o idoso à hospitalização e ao procedimento cirúrgico, o que pode gerar complicações, no período de recuperação, tais como as úlceras de decúbito, as disfunções respiratórias, as restrições da mobilidade, podendo afetar sua independência: a dor, as mudanças nas atividades da vida diária e a redução da qualidade de vida;
2. sociais: associados à limitação, podem gerar a depressão e o isolamento social;
3. econômicos: pois o idoso, muitas vezes, é dependente e vive com a família, aumentando o custo de vida para ambos e, conseqüentemente, onerando o sistema de saúde;

4. psicológicos: ante o quadro apresentado, podem aparecer a diminuição da auto-estima, a depressão, a dependência de terceiros devido à sensação de impotência, o desgaste emocional e, também, alterações no relacionamento familiar.

Segundo Vieira (1996), os acidentes de quedas em idosos são provocados por fatores inerentes ao próprio indivíduo idoso (fatores intrínsecos), por causas externas a ele (fatores ambientais), pelo uso de medicamentos e pela associação dos fatores anteriormente citados.

Neste sentido, as doenças que resultam em instabilidade postural como as dos sistemas cardiovascular (arritmias) e cérebro-vascular (Parkinson), demências, déficits visuais, auditivos, táteis, anormalidades dos pés e ainda as doenças provocadas por medicamentos são considerados fatores intrínsecos na promoção de acidentes de queda. (Vieira, 1996).

As causas externas ou fatores extrínsecos são de grande importância, pois nem sempre é possível determinar, com segurança, o mecanismo gerador do problema. No entanto, pode-se afirmar que as quedas ocorrem em decorrência do meio ambiente em que a pessoa idosa se encontra. Dentre os fatores inerentes ao ambiente podem ser citados: pisos escorregadios, bancos baixos, animais domésticos e de estimação, dependências mal iluminadas, escadas, objetos espalhados pelo chão, calçados mal adaptados, uso de meias ou de chinelos, móveis soltos e inseguros, tacos soltos, capachos de porta soltos, falta de barra de apoio e piso antiderrapante no banheiro. Os locais de maior risco para a ocorrência de tropeços e quedas são: o quarto, o banheiro, a cozinha, as escadas, a área de serviço e áreas externas como calçadas, quintais e jardins (Bodachne, 2000; Araújo, 1998; Newman; Smith, 1994).

As causas extrínsecas, os acidentes, junto com as doenças cardiovasculares, neurológicas, respiratórias, ósteoarticulares e neoplásicas, constituem causas importantes de incapacidade, invalidez e mesmo morte entre as pessoas idosas, fazendo com que estas necessitem, muitas vezes, de assistência médica (Bodachne, 2000).

A diversidade dos fatores de risco para quedas em pessoas idosas, suas seqüelas e alto índice de mortalidade sugerem intervenções preventivas/ educativas.

Segundo Dilly & Jesus (1995), pode-se afirmar que todo comportamento humano é aprendido. Aprende-se a dar respostas às situações que se configuram como problemas e que precisam ser solucionadas para que o homem possa sobreviver ou se desenvolver como pessoa.

O enfermeiro é o elemento que, em sua formação, possui, em maior grau, os requisitos necessários ao desenvolvimento da tarefa de ensinar questões relativas à saúde (Dilly; Jesus, 1995).

Ao ensinar pacientes idosos, é importante relacionar a capacidade sensorial destes à cognição. Fora isto, os pacientes também podem hesitar em assumir novas tarefas e levar mais tempo para responderem e assimilarem o novo material. Hudak & Gallo (1997) sugerem ser necessário apresentar informações que utilizem pequenos segmentos e estímulos variados, incluindo o tato, a visão, a audição e, se a visão permitir, a escrita. É de fundamental importância a participação do signifiante do idoso, neste processo.

As intervenções educativas que podem ser feitas, para diminuir os fatores de risco para quedas, incluem os ajustes de medicações, recomendações na mudança de comportamento, adaptação às modificações próprias do envelhecimento, identificação precoce do risco para a osteoporose e dos hábitos associados aos fatores extrínsecos ao ambiente em que vive o idoso.

Deve-se adaptar o ambiente em que vive o idoso como forma de prevenção de acidentes de quedas, reconhecendo as causas que levam a pessoa a cair.

Tomando como pressuposto que é possível realizar prevenção num local de atendimento de emergência e desmitificar a idéia de que queda é consequência do envelhecimento, tivemos para este estudo os seguintes objetivos: desenvolver uma abordagem investigativa e educativa, para a prática de cuidados de enfermagem, durante o atendimento emergencial dos idosos, com acidentes de quedas, num Serviço de Pronto Socorro; identificar, nos idosos atendidos, o potencial para insuficiência súbita de controle postural; levantar as causas de acidentes de quedas nos idosos atendidos; orientar os idosos atendidos e seus significantes quanto à prevenção dos acidentes de quedas provocados por causas extrínsecas ao idoso; elaborar material educativo sobre a prevenção de acidentes de quedas provocados por causas extrínsecas ao idoso.

2 MATERIAL E MÉTODO

Esboçaremos alguns detalhes importantes sobre a caracterização da população e do campo de estudo, os critérios da amostra, o instrumento de coleta de dados, as análises e as discussões dos dados.

2.1 CAMPO DE ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário, estendendo-se para a ala de internação da Clínica Ortopédica, na cidade de Curitiba. Segundo o

regimento do Hospital, o Pronto Socorro é uma unidade destinada a prestar assistência a clientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. A maioria, 90% dos pacientes atendidos são assegurados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A população deste estudo foram idosos de ambos os sexos que procuraram o Pronto Socorro do hospital. A amostra foi definida durante o período de atendimento aos idosos compreendido entre os meses de setembro e outubro de 2000, perfazendo um total de 39 idosos. Estabelecemos 2 critérios de seleção: o primeiro critério que fundamentou a seleção dos pacientes foi ser idoso (para isto, consideramos o preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que estabelece, para os países como o Brasil, o limite mínimo de 60 anos para definir a velhice no ciclo de vida humana). O segundo critério de seleção foi ter sofrido insuficiência súbita de controle postural e estar internado na Clínica de Ortopedia ou no Serviço de Emergência do Pronto Socorro. A Clínica de Ortopedia foi considerada também campo de investigação por ser um local onde foram internados pacientes vítimas de acidentes de quedas, encaminhados do Pronto Socorro.

2.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados, para posterior análise, foi realizada da seguinte forma:

- busca ativa dentro do espaço físico do pronto socorro de idosos vítimas de queda;
- busca ativa de pacientes idosos vítimas de queda, internados na Clínica de Ortopedia;
- aplicação de entrevista estruturada.

As entrevistas foram realizadas no período de 01/09/00 a 30/10/00, por meio de um formulário, com perguntas abertas e fechadas, respondidas oralmente pelo idoso e, diante da impossibilidade deste, por seu signifiante. Foram respeitados os aspectos éticos, fazendo constar a assinatura do paciente/signifiante no termo de consentimento livre esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Foi elaborado material educativo objetivando a prevenção de quedas nos idosos (Anexo I). O material foi impresso na forma de um folheto colorido, numa linguagem de fácil compreensão, com legendas breves, figuras objetivas e auto-explicativas.

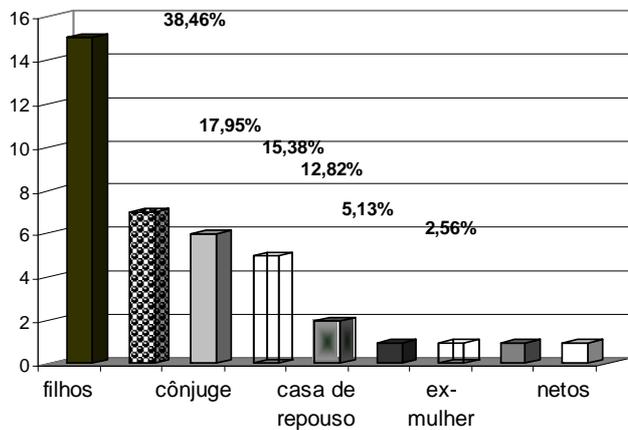
Desenvolvemos, ao final da entrevista, abordagem educativa, utilizando como instrumento facilitador um folheto ilustrativo, após explicações com intuito de orientar o idoso e seus familiares, a prevenir acidentes de quedas provocados por causa externa.

Os achados que a pesquisa revelou, por meio dos ítems do formulário aplicado, foram processados manualmente. Elaboramos associações referentes aos dados similares e apresentamos os resultados em números absolutos e relativos. Para melhor visualização dos resultados obtidos, optamos por representá-los na forma de gráficos e tabelas, seguidos de discussões associadas à literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos e analisamos os resultados da investigação, tentando promover discussões associadas à literatura pesquisada. Os resultados do estudo estão demonstrados na forma de tabelas e gráficos.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO À MORADIA



Verifica-se, na figura 1 que 7 (17,95%) pacientes moram sozinhos. Destes, 5 são do sexo feminino, com idades que variam entre 61 e 85 anos. Para Assis (1998), tal fato é mais freqüente entre as mulheres, pela maior longevidade destas o “residir sozinho”, é tendência natural do afastamento de gerações, e se intensificou nas últimas décadas, em função da rápida mudança de valores sociais e transformações tecnológicas, que dificultam a comunicação entre jovens e velhos. O mesmo autor enfatiza que nos grandes centros urbanos, são fatores agravantes: a distância entre as moradias, as dificuldades do trânsito e o pouco tempo e/ou interesse de adultos e jovens para um contato mais estreito com seus familiares idosos. Esta tendência à solidão pode, ainda, surgir, segundo Motta apud Assis (1998), em função da independência dos filhos, da viuvez e do conseqüente esvaziamento da casa.

GRÁFICO 2 – FREQUÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO A PERIODICIDADE DAS QUEDAS

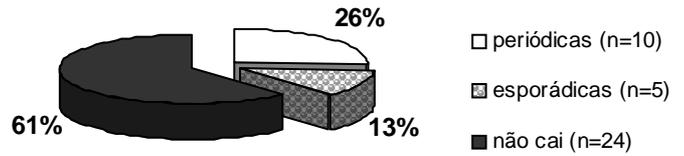


TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE DOENÇAS PREEEXISTENTES E DE MEDICAMENTOS USADOS NA ÉPOCA DA FRATURA

DOENÇAS PREEEXISTENTES	CASOS	%	MEDICAMENTOS	FREQ. ABSOLUTA	%
Hipertensão arterial sistêmica	15	41,67	Anti-hipertensivo	15	46,88
Cardiopatias	4	11,11	Cardiopatias	4	12,50
Diabetes	4	11,11	Insulina	4	12,50
Osteoporose diagnosticada	1	2,78	Cálcio	2	6,25
Acidente vascular cerebral	3	8,33	0		
Labirintopatia	1	2,78	Vasodilatador central e periférico	1	3,13
Asma	1	2,78	0		
Bronquite	1	2,78	Broncodilatador	2	6,25
Demência	3	8,33	Sedativo	2	6,25
Parkinson	2	5,56	Antiparkinsoniano	2	6,25
Hipotireoidismo	1	2,78	0		
Total	36	100,00		32	100,00

Pode-se observar, na figura 2, a freqüência de episódios de quedas anteriores. Cerca de dez pacientes (26%) relataram quedas periódicas, mencionando mais de uma queda anual. Este dado pode estar relacionado às doenças preexistentes e ao uso de medicamentos, pois 31 deles relataram doenças anteriores à época da fratura. As doenças mais citadas foram a hipertensão arterial sistêmica (41,67%), seguida de cardiopatias (11,11%) e diabetes (11,11%), como mostra a tabela 1. Os pacientes também mencionaram o uso diário de medicamentos, dos quais os mais comuns foram os anti-hipertensivos (46,88%), seguidos da insulina (12,5%) e de fármacos para o sistema cardiovascular (12,5%). Vários estudos relacionam episódios de quedas com o uso de medicamentos. Segundo Meyers et al. apud Moura et al. (1999) as principais drogas que podem determinar as quedas são os antidepressivos, antiinflamatórios não-hormonais, sedativos/hipnóticos, vasodilatadores e diuréticos, sendo que, nem sempre, o

motivo pelo qual determinados medicamentos levam às quedas é bem esclarecido, podendo, na maioria dos casos, pode ser explicado por seus efeitos indesejáveis, como hipotensão ortostática, hipóxia, hipoglicemia, sonolência, fraqueza ou, ainda, comprometimento do labirinto. A gravidade destes problemas pode-se acentuar nos idosos, com as habituais alterações orgânicas e funcionais que comprometem a distribuição, o metabolismo e a excreção dos medicamentos e com a associação de várias drogas, o que leva a um risco maior de quedas (Bodachne, 1994).

Das 26 mulheres entrevistadas, somente uma apresentava osteoporose diagnosticada e fazia terapia de reposição hormonal (TRH). Segundo Menezes (1998), a osteoporose é a redução da massa óssea por unidade de volume de osso; é a perda de cálcio ósseo e tem como resultado a fratura, sua conseqüência mais séria, uma vez que um osso fragilizado aumenta esta possibilidade. Segundo Fernandes et al. (1997), a TRH pode manter a massa óssea ou retardar a sua perda, contribuindo para reduzir a incidência da osteoporose, entretanto, a doença já instalada responde mal ao tratamento.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO AO LOCAL E HORÁRIO DE OCORRÊNCIA DA QUEDA

LOCAL	MANHÃ		TARDE		NOITE			
	Freq. Absoluta	%	Freq. Absoluta	%	Freq. Absoluta	%		
Ambiente domiciliar								
Cozinha	9	23,08	4	10,26	3	7,69	1	2,56
Quintal	6	15,38	2	5,13	2	5,13	2	5,13
Banheiro	5	12,82	3	7,69	-	-	2	5,13
Sala	4	10,26	2	5,13	2	5,13	-	-
Quarto	4	10,26	1	2,56	-	-	3	7,69
área de serviço	2	5,13	1	2,56	1	2,56	-	-
Entrada da casa	2	5,13	1	2,56	1	2,56	-	-
Subtotal	32	82,05	14	35,90	9	23,08	8	20,51
Outros								
Ônibus	1	2,56	-	-	-	-	-	-
Rua	4	10,26	1	2,56	3	7,69	-	-
Carro	1	2,56	-	-	1	2,56	-	-
Serviço	1	2,56	1	2,56	-	-	-	-
Subtotal	7	17,95	2	5,13	4	10,26	0	-
Total								
	39	100,00	16	41,03	13	33,33	8	20,51

As 7 ocorreram, principalmente, no ambiente domiciliar (82,05%), no período da manhã (41,03%), como mostra a tabela 2. Os idosos, em sua grande maioria, passam a maior parte do tempo no domicílio, desenvolvendo tarefas simples,

como preparo e/ou ajuda no preparo da alimentação, limpeza e/ou auxílio na limpeza da casa ou quintal. A freqüência das quedas no período da manhã encontra discordância na literatura, que aponta o período noturno como o período de maior incidência de quedas.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO AO TIPO DE QUEDA

TIPO DE QUEDA	FREQ.ABSOLUTA	%
da própria altura	24	61,54
da escada	5	12,82
ao subir em escada para pintar ou pregar	2	5,13
enfiou pé no buraco	1	2,56
do ônibus	1	2,56
do carro parado	1	2,56
da cama	3	7,69
da cadeira	1	2,56
da bicicleta	1	2,56
Total	39	100

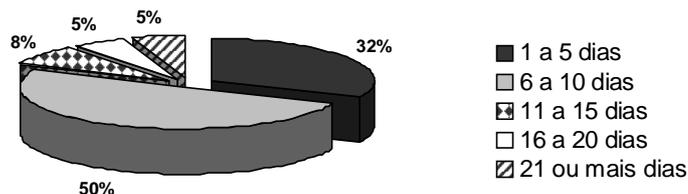
As quedas da própria altura apresentam um número significativo: 61,54%, como expões a tabela 3, revelando consonância com a literatura pesquisada. Segundo Araújo (1998), as quedas são decorrentes da postura flectida que o idoso adota, com os membros superiores e inferiores levemente flectidos, os passos curtos, o andar em bloco (rígido, sem mover as cinturas pélvica e escapular), associada à hipocinesia (diminuição de movimentos). Alterando-se a marcha, compromete-se o equilíbrio e, conseqüentemente, facilita as quedas.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO A FATORES DOMICILIARES

FATORES	FREQ. ABSOLUTA	%
piso escorregadio	9	29,03
Terreno íngreme (pedras, buracos)	6	19,35
Degraus	4	12,9
Escada	3	9,68
Tapetes soltos	3	9,68
subir em escadas	2	6,45

A pesquisa mostrou que o piso escorregadio foi o principal fator domiciliar predisponente às quedas 29,03% como mostra a tabela 4. Para Newman et al. (1994) e Bodachne (2000) a esta ameaça ambiental potencial, deve-se associar importantes medidas preventivas, como o uso de pisos e/ou faixas antiderrapantes, uma vez que este dado está em consonância com as diversas literaturas consultadas.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO OS DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO



Na figura 3, visualiza-se o tempo de internação, após os acidentes de quedas. Dos 39 pacientes, 50% deles permaneceram internados na Instituição de 6 a 10 dias. Segundo pesquisas do Sistema Único de Saúde apud Cordilho et al. (2000), o tempo médio de hospitalização da população adulta é de 5,1 dias. Assim, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, amplia os dias de hospitalização consumindo muito mais os recursos de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se opõe ao descuido e ao descaso, segundo Boff (1999), é o cuidado. Cuidar, para ele, é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro.

Pensar que os idosos estão numa situação de tanto descuido que, hoje, consomem cerca da metade dos medicamentos produzidos no país e ocupam, percentualmente, igual fração dos leitos hospitalares disponíveis, sem que isso corresponda à qualidade de vida, é um dado contundente para nossa reflexão.

Este estudo apontou que, dos 39 idosos pesquisados, 17,95% vivem sozinhos. Quanto aos que declararam que moram acompanhados, durante a investigação, pudemos comprovar que permanecem muito tempo sozinhos, às vezes, durante todo o período diário, e com certeza, sem o devido cuidado. Pode-se estimar que, aproximadamente, 500.000 idosos no Brasil encontram-se confinados ao leito, segundo Menezes (1997), e em situação de alta dependência, muitos deles por acidentes de quedas, seja no domicílio ou em leitos hospitalares e instituições diversas, sem acesso à medidas de intervenção adequadas, potencialmente capazes de tratar e reabilitar o paciente. Isto nos remete a questionamentos profundos de nossa teoria e prática no âmbito da saúde e, principalmente, na área da enfermagem.

É preciso perceber o hospital como um cenário, no qual todas as possibilidades de cuidado são possíveis. A associação das práticas curativas de cuidados às preventivas, por parte da equipe de enfermagem, torna-se necessária,

frente a situação em que se encontra a população idosa de nosso país.

Os resultados obtidos por meio da investigação, neste estudo, apontaram as causas externas, que resultam um percentual extremamente significativo: quedas da própria altura (61,54%); piso escorregadio como o principal fator causador de quedas (29,03%) e as fraturas de fêmur (55%) como as lesões de maior incidência. Estes dados expressam, com clareza, a importância de promover abordagens educativas durante os cuidados emergenciais com os idosos, sendo necessária a incorporação desta prática pelos profissionais, para que possamos minimizar as frequências dos acidentes de quedas, principalmente aqueles ocorridos por fatores externos. Não podemos, como profissionais enfermeiros, perder oportunidades! Precisamos reconhecer que as abordagens reducionistas não estimulam a melhoria da qualidade de vida que tanto desejamos vivenciar em nosso contexto ambiental e, principalmente, por aquelas pessoas já com um longotempo de vida.

ABSTRACT: This study is a research exploratory descriptive, of which the purpose is to develop an education approach for the practice of nursing's cares in emergency service of the failure in elderly of control posture, in Emergency's Service, identifying, bringing up these cause and guiding the elderly attended and their family in relation toward the prevention of the problem. The study was developed in an emergency service of a University Hospital, extending to the aisle of admission of the Orthopedic Clinic, in Curitiba city. The population of this study was formed by elderly (equals or above 60 years old) of both sex, which entered inside in the trainee ship's field, during the taisen period between the months of september and october of 2000, who have suffered of falls accident, with a total of 39 elderly. The recognition of the research were: the predominating of female sex (66, 67%); the incident in family environment (82,05%); on their own accidents falls (61,54%); the slippery floor as the principal mean of the fall (29,03%); and the femur's fracture (55%) as harm of greater incidence. The result of analysis, concluded that fall's accident form a great problem to people at this age. The educational approach, focusing the prevention of falls for external factors, during the care's practice, it is necessary and it is an important instrument for the attempt of reducing the frequency of this accident.

KEY WORDS: Accidental falls; Aged; Nursing care.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAÚJO, T. D. Cuidados para evitar quedas. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- 2 ASSIS, M.O envelhecimento e suas consequências. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

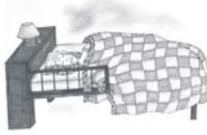
- 3 BODACHNE, L. **Manual de Prevenção de Acidentes**. 2 ed. Curitiba, 2000.
- 4 _____. Instabilidade e quedas no idoso. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.51, n.3, mar.1994. p.226-235.
- 5 BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela Terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- 6 BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília, 1999.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília 10 out. 1996.
- 8 CORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Unati, 2000
- 9 DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C. **Processo educatico em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995.
- 10 FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHBA, S. **A travessia: como uma mulher pode viver melhor após os 40**. São Paulo: Limay, 1997.
- 11 HUDAK, C.; GALLO, B. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- 12 MENEZES, A. K. **Arq. Ger. e Gerontol.**, v.1, n.2, 1997. p. 57-58.
- 13 MENEZES, Í. S. Osteoporose. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- 14 MOURA, R. N. et al. Quedas em idoso: fatores de risco associados. **Gerontologia**, v.7, n.2, 1999. p. 15-21.
- 15 NEWMAN, D. K.; SMITH, D. A. J. **Planes de cuidados en geriatría**. Barcelona: Doyma Libros, 1994.
- 16 PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 17 RODRIGUES, R. A.; CASAGRANDE, L. D. R. As idosas e as situações que as levaram a sofrer quedas. **Gerontologia**, v. 4, n.1, mar./1996. p. 7-13.
- 18 VERAS, R. P. Apectos demográficos. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idosos: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 35-38.
- 19 VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

Endereço das autoras:
Rua Comendador Fontana, 50 - ap. 44
80030-070 - Curitiba-PR

ANEXO I

FOLHETO ILUSTRATIVO

10 maneiras de evitar acidentes de quedas

 <p>1 Utilizar alças de apoio nas proximidades do vaso sanitário</p>	 <p>Utilizar cadeadeira e alças de apoio nas laterais do chuveiro 2</p>
<p>3 Utilizar de tapetes de borracha no banheiro</p> 	 <p>4 Utilizar faixas de material antiderrapante em pisos escorregadios</p>
 <p>5 Evitar o uso de tapetes com bordos salientes</p>	<p>6 Eliminar buracos ou saliências no acesso à casa ou ao quintal</p> 
<p>7 Utilizar corrimão em escadas e iluminar ambientes</p> 	<p>8 Utilizar abajur auxiliar no quarto do idoso</p> 
 <p>9 Utilizar grades de proteção na cama</p>	<p>Evitar o uso de calçados com solas lisas 10</p> 