

# QUEDAS NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO DE CASCAVEL/PR E REGIÃO

PICOLO, Maria Lara<sup>1</sup>  
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata<sup>2</sup>  
SULZBACHER, Gionei<sup>3</sup>

## RESUMO

Existe um envelhecimento da população mundial e com ele surgem seus problemas. As quedas entre idosos configuram-se como problema de saúde pública pela alta frequência, morbimortalidade advindas desse evento, elevado custo socioeconômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção. São responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização. O objetivo da pesquisa foi verificar a incidência de quedas idosos no município de Cascavel/PR e região, bem como os fatores associados. Foram inclusos no estudo 243 pacientes, sendo que 37,44% apresentaram quedas. As mulheres apresentaram um percentual maior de quedas (69,23%) e a faixa etária dos 80 a 89 anos foi a que mais teve esse tipo de acidente (46,15%). 54% apresentaram mais de uma queda no último ano. Hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente, presente em 73,62% dos pacientes, o Tropeço/Escorregão foi a circunstância responsável pelo maior número de quedas (71,02%). As fraturas ocorreram em 28,57% dos pacientes, sendo a de fêmur a mais prevalente, assumindo 25% dos casos.

**PALAVRAS-CHAVE:** idoso, quedas, epidemiologia.

## ELDERLY FALLS: AN EPIDEMIOLOGIC STUDY OF CASCAVEL/PR POPULATION

## ABSTRACT

There is an worldwide aging of the population and with it come their problems. Falls among elderly are considered a public health problem because of their high frequency, morbidity and mortality resulting from this event, high socioeconomic costs due to injuries and events that are preventable. They are responsible for a decline in functional capacity and elderly's quality of life and increase the risk of institutionalization. The objective of this research is determining the incidence of elderly falls in Cascavel-PR and region as well as the associated factors. 243 patients were included in the study, and 37.44% fell. Women had fallen more than men, totaling 69.23% of the accidents, the age group of 80-89 years was the most that fell (46.15%) and 54% had more than one fall in the previous year. Hypertension was the most prevalent comorbidity, present in 73.62% of patients, Stumble / Slide was the condition responsible for the largest number of falls (71.02%). Fractures occurred in 28.57 % of patients, and the most prevalent was the femur fracture, assuming 25% cases.

**KEYWORDS:** elderly, fall, epidemiology.

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente a possibilidade de morte (OMS, 2005).

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de medicina da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: [marialarapicolo@gmail.com](mailto:marialarapicolo@gmail.com)

<sup>2</sup> Orientador. Economista, Mestre em Desenvolvimento Regional. Professor da Faculdade Assis Gurgacz e Faculdade Dom Bosco. E-mail: [eduardo@fag.edu.br](mailto:eduardo@fag.edu.br)

<sup>3</sup> Professor co-orientador e médico geriatra. E-mail: [drgionei@gmail.com](mailto:drgionei@gmail.com)

O aumento da população idosa é um fenômeno mundialmente conhecido. A pirâmide etária de inúmeros países se inverteu, enquanto há algumas décadas sua base se alargava, hoje vê-se um topo cada vez mais significativo. O aumento do número de pessoas na terceira idade ocorre rapidamente, e em especial, nos países em desenvolvimento, como o Brasil (LEITE, 2011; CRUZ *et al.*, 2012).

Segundo o IBGE (2010), no censo de 2010, foi observado um alargamento do topo da pirâmide etária brasileira. Enquanto a população com 65 anos ou mais representava 4,8% em 1991, no ano de 2010 passou a ter representatividade de 7,4%. O envelhecimento de uma população traz consigo o peso de seus problemas.

Juntamente a essas transformações populacionais, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (CRUZ *et al.*, 2012). A associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior. O conceito qualidade de vida é visto como central no campo da atenção às pessoas idosas e é considerado um dos principais indicadores que merecem atenção na avaliação da condição de vida dos idosos (RONCON, LIMA, PEREIRA, 2015).

A manutenção da autonomia e independência na terceira idade, são consideradas como condições essenciais para a qualidade de vida e estão condicionadas pelos níveis de saúde física e mental (ABERG *et al.*, 2005; TAVARES e DIAS, 2012).

As quedas podem ocorrer em qualquer idade, porém entre a população com mais idade, há uma maior importância devido as consequências biopsicossociais que podem vir associadas (JAHANA e DIOGO, 2007). Entre idosos, merece destaque e configura-se como problema de saúde pública, à alta frequência com que ocorrem as quedas. (CRUZ, *et al.*, 2012).

Fraturas, medo de cair (que implica em uma maior restrição ao leito), consequências patológicas decorrentes à queda, acabam por aumentar as dificuldades para a realização de atividades de vida diária (FABRÍCIO, 2004). Essa restrição pode levar a uma diminuição da força muscular e declínio funcional geral do idoso, levando a uma condição de dependência, isolamento social e institucionalização (JAHANA e DIOGO, 2007).

Por ser tão prevalente e acarretar inúmeros problemas tanto para a população pertencente a terceira idade, quanto para as pessoas a seu redor, esta pesquisa visa contribuir científica e socialmente analisando as consequências das quedas em idosos, contribuindo para o maior conhecimento acerca das comorbidades e circunstâncias e objetivando, principalmente, a prevenção.

## **2. METODOLOGIA**

Foi aplicado um questionário a 243 pacientes dos serviços de geriatria da Clínica de uma Faculdade Privada na cidade de Cascavel/PR e do consultório particular de um médico geriatra, durante o mês de novembro de 2015. Os critérios de inclusão na pesquisa foram a idade superior a 60 anos e o aceite em responder o questionário proposto.

A pesquisa abrange: idade, sexo, comorbidades, circunstâncias, auxílio na deambulação, número de quedas, se houve repercussão funcional (internamento, fraturas) ou a necessidade de procedimento cirúrgico, tempo de permanência no chão e necessidade de ajuda para levantar-se. No presente artigo o sexo, idade, comorbidades, número de quedas, circunstâncias e fraturas serão os mais abordados.

O projeto de pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz e aprovado sob o CA nº 49803815.0.0000.5219.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Durante a fase de envelhecimento, fatores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar no modo de vida da população. A queda, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), é uma causa externa (FABRÍCIO, 2004).

A queda é um evento comum na terceira idade e pode ser definida como: um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (STUDENSK e WOLTER, 2002).

Os fatores que se associam às quedas nos longevos foram identificados e divididos em dois grupos: intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros incluíram fatores hemodinâmicos, uso de medicamentos, doenças neurológicas, doenças neurosensoriais e doenças osteomusculares. Os extrínsecos incluíam: iluminação inadequada, piso escorregadio, objetos ou móveis em locais inadequados e escadas e rampas sem as adequadas adaptações (CUNHA e LOURENÇO, 2014).

King (2009) lista como os mais frequentes problemas que predispõe à queda: fraqueza muscular, histórico de quedas, problemas de marcha, *déficit* de equilíbrio, uso de dispositivo de apoio, dificuldade de visão, artrite, redução das atividades básicas da vida diária, depressão, redução da cognição e idade acima de 80 anos.

São responsáveis por declínio da capacidade funcional, da qualidade de vida e pelo aumento do risco de institucionalização. Esses fatores podem repercutir nos cuidadores familiares, que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda (CRUZ, 2012). Além disso, dados mostram que no ano de 2000, US\$ 19 bilhões da verba para saúde nos EUA foram utilizados em problemas decorrentes de quedas (KALYANI *et al.*, 2010).

Tem sido verificado nos serviços de emergência dos EUA que as quedas são eventos frequentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte accidental em pessoas com idade acima de 65 anos (ALVARES, LIMA e SILVA, 2010). A lesão accidental é a sexta causa de mortalidade em pessoas de 75 anos ou mais. A queda é responsável por 70% dessa mortalidade (SPINK, 2011).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Ainda segundo dados do Ministério da Saúde/Sistema de Informação Hospitalar, a taxa de mortalidade hospitalar por queda, em fevereiro de 2000, foi de 2,58%. A maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste. Além disso, 50% dos idosos que moram em asilos ou casas de repouso já sofreram queda (SOUZA e ZERBINI, 2011).

As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos, mas a partir desta idade, as frequências se igualam. Dos idosos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização, e desses, apenas a metade sobreviverá após um ano (BRASIL, 2006).

Estudo realizado no ano de 2004 em um hospital público da cidade de São Paulo verificou que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas com 14% e doenças cardiovasculares com 10%. Uma proporção de 10% das quedas teve causa ignorada. A maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar em outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números. Foi observado que 70% dos idosos faziam uso de algum tipo de medicação antes de cair. A consequência mais comum do estudo foram as fraturas, com 64% dos casos, ocorrendo em 53% do sexo masculino e 70% do feminino, sendo as mais frequentes as de fêmur (62%), seguidas pelas de rádio (12,5%), clavícula (6,25%) e outras (FABRÍCIO, 2004).

Dos fatores que agravam a ocorrência de lesão na queda, podem ser citados: ausência de reflexos de proteção, densidade mineral óssea reduzida e osteoporose, desnutrição, idade avançada,

resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai e dificuldades para levantar após a queda (CUNHA e LOURENÇO, 2014).

Pela gravidade e importância do problema, o Ministério da Saúde juntamente com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia lançou diretrizes para a prevenção de quedas em idosos:

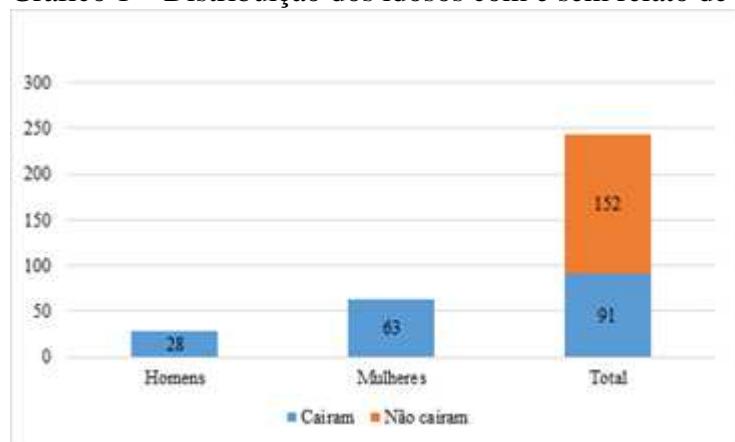
1. Orientar o idoso sobre os riscos de queda e suas consequências. Esta informação poderá fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de uma capacidade.
2. Avaliação geriátrica global, com medidas corretivas adequadas enfocando: a. função cognitiva; b. estado psicológico (humor); c. capacidade de viver só e executar as atividades da vida diária; d. condição econômica.
3. Racionalização da prescrição e correção de doses e de combinações inadequadas.
4. Redução da ingestão de bebidas alcoólicas.
5. Avaliação anual: oftalmológica, da audição e da cavidade oral.
6. Avaliação rotineira da visão e dos pés.
7. Avaliação com nutricionista para correção dos distúrbios da nutrição.
8. Fisioterapia e exercícios físicos (inclusive em idosos frágeis), visando: a. melhora do equilíbrio e da marcha; b. fortalecimento da musculatura proximal dos membros inferiores; c. melhora da amplitude articular; d. alongamento e aumento da flexibilidade muscular; e. atividades específicas para pacientes em cadeiras de rodas; f. identificação dos pacientes que caem com frequência, encorajando a superar o medo de nova queda através de um programa regular de exercícios. Idosos que se mantêm em atividade minimizam as chances de cair e aumentam a densidade óssea, evitando fraturas.
9. Terapia ocupacional promovendo condições seguras no domicílio (local de maior parte das quedas em idosos); identificando “estresses ambientais” modificáveis; orientando, informando e instrumentalizando o idoso para o seu autocuidado e também os familiares e/ou cuidadores.
10. Denunciar suspeita de maus-tratos.
11. Correção de fatores de risco ambientais (por exemplo: instalação de barra de apoio no banheiro e colocação de piso antiderrapante).
12. Medidas gerais de promoção de saúde: a. prevenção e tratamento da osteoporose: cálcio, vitamina D e agentes antirreabsortivos; b. imunização contra pneumonia e gripe; c. orientação para evitar atividades de maior risco (descer escadas, por exemplo) em idosos frágeis desacompanhados (BRASIL, 2006).

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o mês de novembro de 2015 foram entrevistados 250 pacientes nos serviços de geriatria da Clínica da Faculdade e no consultório particular de Geriatria. Sete desses pacientes foram excluídos do estudo pois, apesar de terem sido atendidos por um serviço de geriatria, tinham idade inferior a 60 anos.

Dos 243 pacientes inclusos no estudo, 152 (62,55%) não relataram nenhuma queda, enquanto 91 (37,44%) sofreram quedas. As mulheres sofreram mais quedas do que os homens, sendo responsáveis por 69,23% dos acidentes (Gráfico 1). É considerado como fator de risco o sexo feminino, pois as mulheres apresentam maior expectativa de vida, estão sujeitas a um maior número de doenças crônicas e, limitações funcionais, além de possuir um nível socioeconômico que limita o acesso aos cuidados e atitudes em relação a sua saúde.

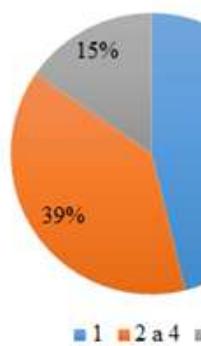
Gráfico 1 – Distribuição dos idosos com e sem relato de queda e gênero



Fonte: Dados de pesquisa

Quanto a frequência de quedas no último ano foi observado que 42 pacientes (46%) caíram apenas uma vez, enquanto 35 (39%) de duas a quatro vezes e 14 (15%) mais que cinco vezes (Gráfico 2), portanto 54% apresentaram mais de uma queda nos últimos 12 meses. Divergindo dos estudos realizados por Jahana e Diogo (2007), em que a maioria apresentou uma única queda (76,7%), a presente pesquisa assemelha-se aos dados coletados por Perracini e Ramos (2002), que relataram queda anterior em 56,1% dos entrevistados e Ganância *et al.* (2006), em que 53,1% também caíram previamente.

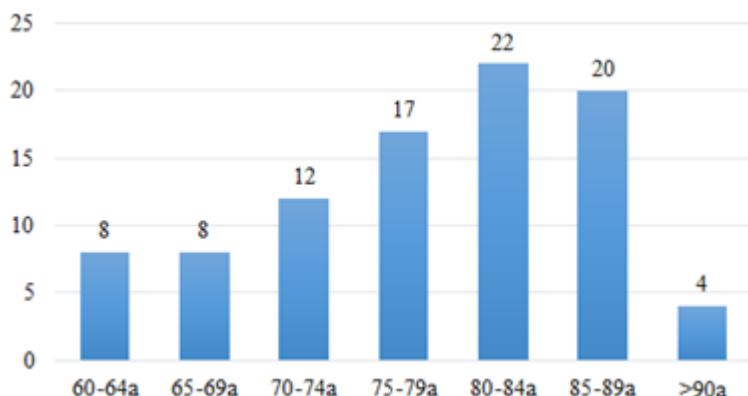
Gráfico 2 - Número de quedas



Fonte: Dados de pesquisa

Os pacientes foram divididos em grupos de idade de cinco em cinco anos, a partir de 60 anos. Assim sendo, o número de quedas por faixa etária ficou disposto da seguinte maneira: de 60 a 64 anos 8 pacientes caíram, de 65 a 69 também 8, de 70 a 74 12 pacientes, na faixa de 75 a 79 anos, 17, de 80-84 anos 22 sofreram quedas, dos 85 aos 89 anos, 20 e de 90 anos ou mais 4 pacientes caíram (Gráfico 3). Nota-se uma percentagem maior de quedas entre os 80 e 89 anos, somando 46,15% do total de quedas. Faixa etária semelhante foi aventada nos estudos de Jahana e Diogo (2007), em que os responsáveis por 45,2% das quedas foram idosos acima de 80 anos e de Fabrício (2004) onde 48% pertenciam à faixa etária de 80-89 anos. Pessoas acima de 75 anos, que normalmente necessitam de maior ajuda para realização de AVDs,<sup>4</sup> têm 14 vezes maior probabilidade de cair do que pessoas independentes. O fato de deixar de realizá-las ou até mesmo de precisar de ajuda para tanto pode causar imobilidade e consequente atrofia muscular facilitando a queda (CARVALHAES *et al.*, 1998).

Gráfico 3 – Distribuição de quedas pela idade

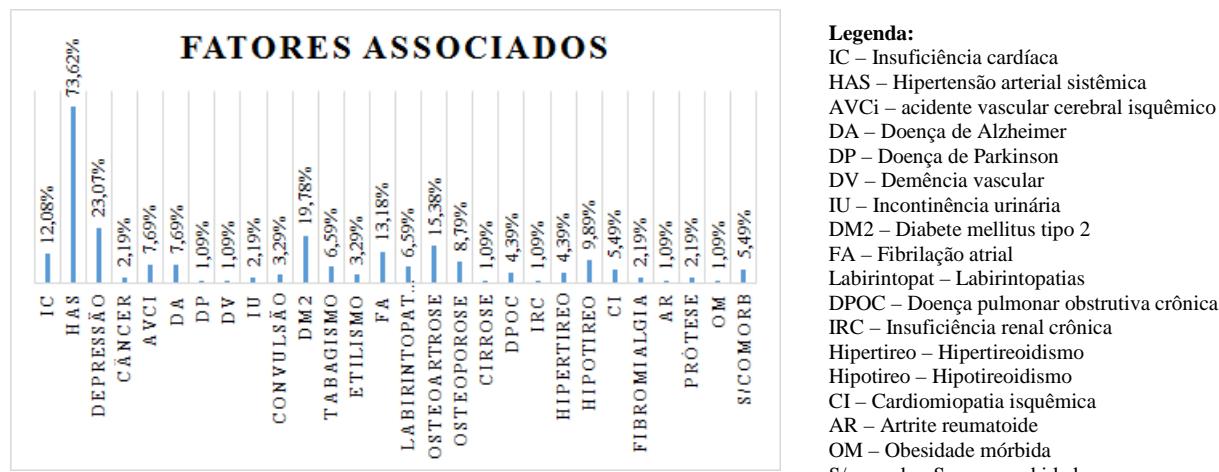


Fonte: Dados de pesquisa

<sup>4</sup>AVDs: Atividades de vida diária, tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer.

No gráfico abaixo (Gráfico 4) estão descritas as comorbidades encontradas no estudo, ressaltando a hipertensão arterial sistêmica, depressão e diabete mellitus tipo 2 como as mais prevalentes entre os idosos que sofrem quedas, com 73,62%, 23,07% e 19,78%, respectivamente. Entre as doenças diretamente associadas às quedas, estão as cardiovasculares (hipotensão arterial, AVC com sequelas), alterações visuais (catarata, glaucoma, xeroftalmia, alergias), neurológicas (labirintite, doença de Parkinson, epilepsia/tremores, neuropatia), osteomioarticulares (artrose/artrite, dor articular, deformidades) e metabólicas (diabetes, hipo/hipertireoidismo) (GUIMARÃES e FARINATTI, 2005). Já em estudo realizado em Londrina-PR destacaram-se a osteoporose e a labirintite (SILVA *et al.*, 2014).

Gráfico 4 – Fatores associados



Fonte: Dados de pesquisa

A incidência de uma ou várias doenças crônicas não-transmissíveis chega a 80% na terceira idade, sendo 36% imprescindíveis o uso de fármacos para seu controle (SILVA, SCHIMIDT e SILVA, 2012), levando a um termo comum na geriatria, a polifarmácia<sup>5</sup>, que tem sido abordado como fator de risco para quedas.

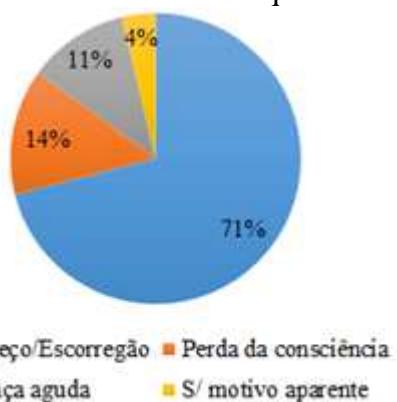
Em estudo publicado em 2010 Suelves, Martínez e Medina mostram que a relação entre o uso superior a cinco medicamentos e a ocorrência de quedas na terceira idade chegava a 16,4%. Em outro, que correlacionava o uso de medicamento a quedas que tiveram como desfecho fraturas, o consumo de captopril, clonazepam, hidroclorotiazida, cinarizina e flunarizina foi bem maior no grupo com fraturas do que o controle (HAMRA, RIBEIRO e MIGUEL, 2007). As drogas que provocam hipotensão postural, sonolência, tonturas, necessidade de urinar com maior frequência,

<sup>5</sup> Polifarmácia é o termo utilizado para o uso de cinco ou mais medicamentos.

dentre outros efeitos, são as que mais propiciam quedas e consequentemente fraturas. Dentre estas drogas destacamos o clonazepam (um benzodiazepíntico) que provoca sonolência e diminuição dos reflexos, já que nos estudos de Moname e Avorn (1996), foi um dos principais medicamentos associados.

A circunstância em que se deu a queda foram divididas em quatro grupos, sendo eles: Tropeço/Escorregão, responsável pelo maior número de quedas (71,02%), perda de consciência (desmaios, convulsões), doença aguda (AVCi, FA) e sem motivo aparente (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Circunstância da queda



Fonte: Dados de pesquisa

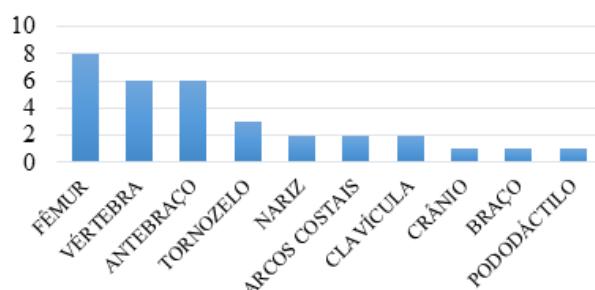
As causas estão em consonância com estudo realizado por Berg, *et al.* (1997), em que a principal ocorrência também foi o tropeço. O evento queda pode ser multifatorial, com fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os extrínsecos aventam-se os fatores relacionados ao ambiente, por exemplo: escadas, degraus de diferentes tamanhos, barreiras arquitetônicas, ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios, brinquedos, móveis), que facilitam o tropeço do idoso e a consequente queda (KORHONEN, *et al.*, 2012; COSTA, *et al.*, 2013).

Tendo em vista que, de acordo com estudos de Fabrício *et al.* (2004) e Coutinho e Silva (2002) a maioria das quedas em idosos ocorrem no próprio lar (66%) e 22% na rua, quando identificados os fatores de risco é preciso orientar o paciente e familiares a adequarem o ambiente, tornando-o mais seguro e permitindo maior movimento do idoso e diminuindo preocupações com a sua segurança (BECK, *et al.*, 2011). A adaptação do local torna-se, então, fundamental para prevenção de quedas, alguns artifícios são: a colocação de barras de segurança no *box*, pisos antiderrapantes, ausência de desníveis, fios ou brinquedo no chão, móveis em locais que não atrapalhem o fluxo, fixação ou retirada de tapetes, entre outros.

Da população entrevistada que caiu (91 pacientes), 26 pacientes tiveram algum tipo de fratura (28,57%) e 65 não, assemelhando-se ao estudo de Ribeiro *et al.* (2008), em que a porcentagem de fraturas como consequência de quedas foi de 24,3%.

Em consonância a diversos estudos, como de Ribeiro, *et al.* (2008), entre outros realizados, a fratura de fêmur foi mais prevalente assumindo 25% dos casos (n=8), seguida de vértebra e antebraço, com n=6, tornozelo (n=3), nariz, arcos costais e clavícula (n=2) e por fim crânio, pododáctilo e braço (n=1) (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Fraturas



Fonte: Dados de pesquisa

Certos tipos de fraturas em idosos são comuns, como as lesões de extremidade distal de rádio, corpos vertebrais da transição dorso – lombar, terço proximal do úmero e, como já foi citado, fêmur (SUZUKI, 2003). O destaque às fraturas femorais se dá pela gravidade da lesão, risco de complicações, alto índice de óbitos e custos sociais (HAMRA, RIBEIRO, MIGUEL, 2007). A taxa média de mortalidade no primeiro ano pós-fratura de fêmur foi de 21,8% (MESQUITA, *et al.*, 2009).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O reconhecimento da queda como importante fator influenciador da qualidade de vida do idoso, bem como de sua segurança, foi o impulso para a realização do presente artigo, tendo como finalidade o esclarecimento dos seus aspectos e, principalmente, epidemiologia. Os dados obtidos por meio de pesquisa e revisão bibliográfica elucidam o perfil do idoso que cai e dos riscos em que estão inseridos, permitindo a ampliação de conhecimento e prevenção nos grupos de risco.

A queda traz consigo diversos efeitos negativos para o paciente, que podem produzir um idoso fragilizado, isolado e incapaz, fazendo com que a vida que lhes resta infeliz e não proveitosa. Portanto, saber quando agir é importante para o idoso e sua família, a ausência de quedas resulta em um paciente mais independente e com maior qualidade de vida.

Lembrar que a prevenção é o ponto central do artigo, pois se não há queda, consequentemente, não existirão as inúmeras adversidades que ela traz. Algumas atitudes frente a prevenção são: a adaptação do ambiente, diminuição de medicamentos, uso de auxílio na deambulação (bengalas, cadeira de rodas), prevenção de comorbidades.

## REFERÊNCIAS

- ABERG, A.; SINDEVALL, B.; HEPWORTH, M.; O'REILLY, K.; LITHELL, H. On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age- a qualitative study of patient's perceptions. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 1111-1125, 2005.
- ALVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 1, p. 31-40, 2010.
- BECK, A. P.; ANTES, D. L.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; LOPES, M. A. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas, 2011. **Texto Contexto - Enferm**. v. 20, n. 2, p. 280-6, 2011.
- BERG, W. P.; ALESSIO, H. M.; MILLS, E.M., TONG, C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults, **Age Ageing**. v. 26, n. 4, p. 261-8, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CARVALHAES, N.; ROSSI, E.; PASCHOAL, S.; PERRACINI, N.; PERRACINI, M.; RODRIGUES, R. A. P. Quedas. In: **Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 1**, São Paulo, 24 a 27 de junho de 1998. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. p. 5-18, 1998.
- COSTA, A. G. S.; ARAUJO, T. L.; OLIVEIRA, A. R. S.; MORAIS, C.; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O. Fatores de Risco para Quedas em Idosos. **Rev Rene**. v. 14, n. 4, p. 821-8, p. 2013.
- COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. O uso de medicamento como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idoso, 2002. **Cad. Saúde publica**, v. 18, n. 5, p. 1359-66, 2002.
- CRUZ, D. T. *et al.* Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública** v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012.
- CUNHA, A. A.; LOURENÇO, R. A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista HUPE**, v.13, n. 2, abr/jun, 2014.
- FABRÍCIO, S. C. C. *et al.* Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

GANANÇA, F. F. *et al.* Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica, 2006. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v. 72, n. 3, p. 388-93, 2006.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte**, v.11, n. 5, p. 299-305, 2005.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação Entre Fratura Por Queda Em Idosos E Uso Prévio De Medicamentos. **Acta Ortop Bras** v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso: 08 nov, 2015.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D.; Quedas em Idosos: principais causas e consequências, 2007. **Saúde Coletiva** v. 4, n. 17, p. 148-153, 2007.

KALYANI, R. R.; STEIN, B.; VALIYIL, R.; MANNO, R.; MAYNARD, J. W. Vitamin D Treatment for the Prevention of Falls in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, p. 1299–1310, 2010.

KING, M. B. Falls. In: HALTER JB, OUSLANDER JG, TINETTI ME, STUDENSKI S, HIGH K, ASTHANA S. **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**. New York: McGraw-Hill, 2009.

KORHONEN, N.; NIEMI, S.; PAVANEN, M.; PARKKARI, J.; SIEVANEN, H.; KANNUS, P. Declining age-adjusted incidence of fall-induced injuries among elderly Finns. **Age Ageing**. v. 41, n. 1, p. 75-9, 2012.

LEITE, M. A. G. **Gestão Da Qualidade De Vida E Da Dependência Em Idosos Institucionalizados Nas Organizações Do Terceiro Setor**, 2011. Dissertação. (Mestrado em gestão) Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real – Portugal, 2011.

MESQUITA, G. V. *et al.* Morbimortalidade em Idosos por Fratura Proximal do Fêmur. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 67-73, 2009.

MONAME, M.; AVORN, J. Medications and falls. Causation, correlation, and prevention. **Clin Geriatr Med.** v. 12, p. 847-58, 1996.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília; 2005.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade, 2002. **Rev. Saúde pública**, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITHZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

RONCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. G. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade, 2015. **Psic. Teor. Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 87-96, Jan-Mar, 2015.

SILVA, N. S. M.; LOPES, A. R.; MAZZER, L. P.; TRELHA, C. S. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR), 2014. **Revista Kairós Gerontologia.** São Paulo: v. 17, n. 2, p. 141-151, 2014.

SILVA, R.; SCHIMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria, 2012. **Revista da AMRIGS,** Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 164-174, abr-jun, 2012.

SOUZA, J. M. S., ZERBINI, C. A. F. Queda em idosos, 2011. **Rev Paulista de Reumatologia,** v.10, n. 1, p. 64-66. 2011.

SPINK, M. J. *et al.* Foot and ankle strength, range of motion, posture, and deformity are associated with balance and functional ability in older adults, 2011. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v. 92, n. 1, p. 68-75, 2011.

STUDENSK, S., WOLTER, L. Instabilidade e quedas. In: Duthie, EH, Katz PR, organizadores. **Geriatría práctica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

SUELVES, J. M.; MARTÍNEZ, V.; MEDINA, A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 27, n. 1, p. 37-42, 2010.

SUZUKI, H. S. **Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente idoso.** São José dos Campos: Pulso, 2003.

TAVARES, D. M.; DIAS, F. A. Capacidade Funcional, morbilidades e qualidade de vida nos idosos, 2012. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, Jan-Mar, 2012.