

REVISÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM FRATURA

NURSING ASSISTANCE TO THE ELDERLY WITH FRACTURE

Aristóteles Costa Veloso¹, Carolina de Oliveira Vogado²

1. Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

2. Nutricionista. Mestre em Nutrição Humana. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. carolinavogado@senaaires.com.br

RESUMO

A conscientização dos idosos e de seus familiares sobre a importância de adaptações em suas residências ou nos ambientes que frequentam por meio de palestras educativas, pode lhes garantir um envelhecimento mais tranquilo e saudável, uma vez que as fraturas que acometem indivíduos nesta fase da vida ocorrem com maior frequência em tais locais. Esse estudo constitui uma revisão integrativa da literatura, com foco sobre a assistência de enfermagem ao idoso com fratura. O índice de quedas e fraturas em idosos vem aumentando e é necessário que se tomem medidas preventivas para que essa população possa viver mais e com qualidade.

Descritores: Fraturas; Idosos; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

The awareness of the elderly and their families about the importance of adaptations in their homes or in the environments that they attend through educational lectures can guarantee them a quieter and healthier aging, since the fractures that affect individuals in this phase of life occur more frequently in such places. This study constitutes an integrative review of the literature, focusing on nursing care for the elderly with fracture. The rate of falls and fractures in the elderly has been increasing and it is necessary to take preventive measures so that this population can live longer and with quality.

Descriptors: Fractures; Elderly; Nursing Care.

Como citar: Veloso AC, Vogado CO. Assistência de Enfermagem ao Idoso com Fratura. Rev Inic Cient Ext. 2018; 1(Esp.2): 255-60.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa a passagem do tempo, um processo universal e individual, inserido no ciclo biológico natural inerente a todo ser humano, iniciado com a concepção e concluído com a morte. Se refere à uma alteração progressiva, dinâmica e complexa, que carrega consigo um declinar das funções físicas, caracterizado por lentidão e exaustão do comportamento motor e pela redução da capacidade anatômica e adaptativa. Os sinais da velhice combinam-se de diferentes formas e em proporções variadas, o que ratifica o seu caráter biológico. Dessa forma as alterações fisiológicas, ao se somarem, reduzem a capacidade funcional do indivíduo e, posteriormente, comprometem sua qualidade de vida.¹

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população.²

O processo de envelhecimento acarreta decréscimo na função fisiológica, que pode estar associado ao desuso dos membros. Algumas alterações são decorrentes de processos patológicos e não do envelhecimento em si: redução da velocidade do sistema nervoso central, perda de mielina das fibras nervosas, redução da massa muscular e óssea tornando o indivíduo cada vez menos capaz de suportar cargas e, portanto, mais sujeito a fraturas, fibrosamento dos ligamentos, perda de água corporal, diminuição da amplitude de movimento, alterações do equilíbrio e da marcha e aumento do risco de quedas.³

Qualquer comprometimento na visão pode aumentar o risco de quedas, caso algum objeto no chão não seja visualmente detectado, tais como degraus, soleiras de portas, tapetes desfiados, pequenos tapetes soltos, piso liso, escorregadio ou úmido. As principais consequências das quedas em idosos são as fraturas.⁴

Considerando toda a problemática que envolve fraturas em idosos e sabendo da necessidade do conhecimento pelos profissionais de Enfermagem acerca do tema, o objetivo deste estudo foi realizar o levantamento da literatura existente sobre assistência de Enfermagem em idosos com fraturas, tendo a especificidade de verificar a conduta dos enfermeiros nos cuidados dos pacientes idosos fraturados.

MÉTODO

Para a elaboração deste estudo de revisão integrativa, realizou-se análise da literatura com foco sobre o tema assistência de enfermagem em idosos com fratura. A avaliação dos dados utilizou como critério de inclusão o período de publicação dos artigos entre 2000 e 2018 em língua portuguesa e como critérios de exclusão, artigos que não contemplam o tema ou que estejam escritos em outras línguas, que não a portuguesa. A busca e análise de artigos ocorreu nos meses de fevereiro a junho de 2018. As bases de dados de literatura científica e técnica consultadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a apresentação dos resultados, realizou-se a análise dos artigos utilizados no presente estudo em relação ao ano e ao tipo de estudo. Em seguida, buscou-se fundamentar a discussão na síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados sobre a assistência de enfermagem em idosos com fratura. Os artigos foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o envelhecimento acontecem alterações no tecido ósseo fazendo da fratura um assunto relevante quando se trata de pacientes idosos. A massa óssea, em geral, atinge o ápice de desenvolvimento entre os 25 e 30 anos e continua relativamente estável até os 40 ou 50, logo após,

inicia-se um período de declínio. O percentual de perda de osso cortical é semelhante no homem e na mulher, no entanto, a taxa de perda de osso trabecular é aproximadamente duas vezes mais elevada na mulher pós menopausa quando comparada com os homens da mesma idade. Essa redução na densidade óssea (osteoporose) permanece durante toda a vida a uma média anual de 0,075% nos homens e 2% nas mulheres.⁵

Em consequência do envelhecimento, a condição física do idoso favorece o aumento do índice de quedas e posteriormente de complicações secundárias. Em meio a essas complicações, as fraturas são as mais comuns, cerca de 64% dos casos. Esse alto índice marca a necessidade de atenção de profissionais de saúde em relação à dificuldade que os pacientes enfrentam ao voltarem a suas atividades diárias. Apenas 25% dos pacientes retornam às atividades habituais; 40% não conseguem mais viver independentemente e 20% morrem após o primeiro ano da lesão, por conta do agravamento de doenças preexistentes.⁶

Os idosos estão mais propícios às fraturas devido às quedas, em consequência de fatores como a falta de atenção, alterações do equilíbrio e demência. A idade avançada e a senilidade desaceleram a formação do calo ósseo, a intensidade da reparação e a qualidade do calo de fraturas diminuem, contudo, elas se consolidam desde que submetidas ao tratamento clássico, que se baseia na redução dos fragmentos, imobilização continuada até o final da consolidação e recuperação funcional.⁷

A marcha é caracterizada como uma forma de locomoção e estilo de caminhar e é dividida em duas fases, a fase de apoio e a fase de balanço. A fase de apoio se subdivide em quatro fases, denominadas de: contato inicial, resposta de carga, apoio intermediário e pré balanço.⁸

Na fase de apoio são realizadas três atividades principais, o contato inicial (apoio de calcanhar) representa o início e a fase de apoio. O apoio intermediário (apoio unipedal) ocorre na metade da fase. O apoio terminal (calcanhar fora) representa o ponto no qual o calcanhar de referência sai do solo e direciona o corpo para frente. A fase de balanço, em sua etapa inicial (aceleração) ocorre quando o dedo da extremidade deixa o solo e continua até a etapa intermediária ou o ponto no qual a extremidade em balanço está diretamente sobre o corpo. A partir daí, no balanço terminal (desaceleração), a perna se prepara para o contato inicial com o solo ou está pronta para o suporte de peso (contato inicial), quando a fase de apoio se reinicia.⁹

As alterações no tecido ósseo, que advêm do envelhecimento, fazem das fraturas uma condição importante quando se trata de pacientes idosos. As fraturas típicas que incidem nesses pacientes são no osso metafisário (trabecular) e abrangem fraturas do colo do fêmur, fraturas distais do rádio, fraturas proximais do úmero e fraturas por compressão vertebral.¹⁰

Estima-se que as fraturas distais do rádio sejam as mais frequentes na ortopedia, totalizando 15% das fraturas tratadas em salas de emergência. Sua incidência aumenta consideravelmente com a idade e principalmente em mulheres pós-menopausa. Fatores contribuintes para esse aumento são visão limitada, coordenação motora diminuída e perda da força muscular.¹¹

A incidência de fratura da extremidade proximal do úmero equivale a cerca de 4 a 5% do total de fraturas. São mais constantes nos idosos, acometendo especialmente pacientes do gênero feminino (incidência de 2 mulheres/1 homem). Abrange três estruturas, a cabeça umeral, o colo anatômico e o colo cirúrgico, variando em fraturas de uma, duas, três ou quatro partes.¹²

Após a ocorrência de uma fratura, o idoso está exposto à ocorrência do efeito cascata, o que pode acarretar em sua restrição ao leito e levar a um rápido desgaste da sua condição geral. A imobilização prolongada aumenta a probabilidade do desenvolvimento de doenças respiratórias e vasculares e de diversas outras complicações como consolidação viciosa, pseudoartrose, atrofia de desuso e síndrome do imobilismo.¹³

O termo consolidação viciosa é aplicado para caracterizar um osso cujo alinhamento fisiológico funcional não é atingido após o período de imobilização. Em casos assim, é comum que ocorra seu encurtamento ou perda de função. A decisão acerca do tratamento cirúrgico se dará com base na morbidade representada pela fratura em contraponto com a morbidade do processo cirúrgico para o paciente. A opção que representar menor risco de morte para o paciente será a eleita para seu tratamento.¹⁴⁻¹⁵

Se a cicatrização for insatisfatória, as extremidades ósseas não se unem, então teremos uma pseudoartrose óssea que é dividida em dois tipos: a hipertrófica, que é determinada pela formação de um manguito de osso maciço ao redor das extremidades da fratura, análoga a uma pata de elefante e a atrófica, na qual observa-se um arredondamento das extremidades ósseas tão acentuado, que as pontas das extremidades do osso se assemelham a ponta de um lápis, enquanto a cavidade medular pode estar fechada. Outra razão de pseudoartrose são fraturas cominutivas tratadas sem o uso de enxerto ósseo autólogo, necessitando este ser usado sempre que não se obtém uma redução perfeita.¹⁶

As alterações do tecido muscular relacionadas com a imobilização resultam da posição em que a musculatura permaneceu durante o tempo. As fibras musculares, que ficam em posição de encurtamento, têm perda de sarcômeros em série e o tecido conjuntivo aumenta. Aproximadamente duas semanas após a retirada da imobilização, os grupos musculares encurtados voltam ao normal com o rearranjo do tecido conjuntivo e com a neossíntese de sarcômeros. Os músculos imobilizados em alongamentos também voltam ao normal.¹⁷

A síndrome do imobilismo é determinada por um conjunto de variações que ocorrem no indivíduo acamado ou imobilizado por um período prolongado de tempo. Seu diagnóstico é feito a partir de critérios como presença de déficit cognitivo de médio à grave, aparecimento de contraturas, alterações cutâneas como a úlcera de decúbito ou pressão e descamações da pele, dificuldade de deglutir, incontinência urinária, além de perda parcial ou total da fala e entendimento da linguagem. Os critérios são divididos de acordo com sua relevância e a presença de três deles, sendo um de maior relevância e dois de menor, caracteriza o diagnóstico da síndrome. Comumente, o sistema musculoesquelético é o mais atingido pelo imobilismo, seguido das alterações tegumentares, que geram a formação de úlceras de pressão, notadamente em locais com pouco tecido adiposo e com proeminências ósseas.¹⁸

Os efeitos da imobilização podem ser determinados como uma diminuição na capacidade funcional dos sistemas locomotor, cardiorrespiratório, vascular, neurológico, endócrino, gastrointestinais, urinário, comprometendo os tecidos conjuntivo muscular e ósseo, bem como as articulações. O repouso do paciente favorece a recuperação da região lesionada, porém, quando muito extenso, pode prejudicar outras funções do organismo. As complicações relacionadas a longos períodos de repouso podem ser aumentadas dependendo dos fatores pré-existent de cada paciente.¹⁹

A imobilidade pode alterar o estado emocional do indivíduo independente da condição que o levou ao decúbito prolongado, podendo levá-lo a apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social entre outros. Calcula-se que de 7 a 10 dias seja um período de repouso, de 12 a 15 dias já é considerada imobilização e a partir de 15 dias decúbito de longa duração. A cada semana de imobilização completa no leito um paciente pode perder de 10 a 20% de força muscular. Dentro de 4 semanas, 50% da força inicial pode estar perdida.²⁰

O contingente de idosos passou a ser constituído por representantes de um grupo populacional mais vulnerável aos múltiplos redutores da saúde, entre eles a queda.²¹ A incidência de quedas é um indicador de qualidade da assistência de enfermagem fundamental para a implantação de protocolos de avaliação de risco para quedas na população idosa, como instrumento revelador da realidade da instituição e norteador de intervenções de prevenção destes eventos.²²

Os diagnósticos de enfermagem são considerados de risco quando o problema ainda não se estabeleceu, mas que o indivíduo se encontra vulnerável ao estabelecimento. Seu enunciado possui o título dos fatores relacionados ou de risco (fatores causais), uma vez que as características definidoras (sinais e sintomas) ainda não estão presentes.²³⁻²⁴

Assim, torna-se importante que o enfermeiro e a equipe de enfermagem iniciem e intensifiquem o estabelecimento de ações e estratégias, se sensibilizando para a promoção de ações de cuidados específicos aos idosos como a prevenção de quedas em ambientes institucionais, em hospitais ou em suas residências.²⁵⁻²⁶⁻²⁷

A prevenção de quedas de idosos é ação de promoção da saúde realizada por meio da adoção de medidas e cuidados para evitar fatores de risco. Dentre tais cuidados estão os relacionados à capacidade funcional do idoso e à manutenção de suas habilidades motoras e cognitivas que lhe possibilitem desempenhar suas atividades de vida diária.²⁸

Em 2013 ocorreram 93.312 internações por quedas em pessoas acima de 60 anos, registradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação à mortalidade, dados revelam que no mesmo ano 8.775 morreram por esta causa no país.²⁹

É papel do enfermeiro nos cuidados aos pacientes idosos vítimas de fraturas fornecer orientações e o esclarecimento necessário à promoção do bem-estar e melhoria de suas condições gerais. Algumas orientações são incentivar a colocação de pisos antiderrapantes, realizar a manutenção de pisos e assoalhos deixando-os livres de substâncias escorregadias, como ceras, evitar os desníveis de pisos, preferir rampas ao invés de escadas, evitar tapetes e organizar os móveis para a passagem livre dos idosos. Importante, ainda, estimular a deambulação, mesmo que o idoso necessite de andadores, bengalas e dispositivos auxiliares.³⁰

A presença de osteoporose é outro fator causal relevante para o aumento do número de quedas em idosos e, por tal razão, visando a prevenção de tais eventos, o enfermeiro deve saber identificar os fatores de risco para sua ocorrência, dentre os quais figuram gênero, idade do indivíduo, menopausa iniciada antes dos 45 anos, mulheres com múltiplas gestações, baixa ingestão de cálcio, sedentarismo,

baixo peso, cor da pele branca, histórico de osteoporose na família e tabagismo. Esse conhecimento dará ao enfermeiro mais condições de realizar orientações adequadas à prevenção de tal patologia, que tem como principal consequência a queda.³¹

Algumas orientações podem ser de responsabilidade do enfermeiro: aquecer o organismo com alongamentos leves para aumentar de forma gradual a frequência cardíaca e evitar as câibras; começar as atividades físicas com 5 a 10 minutos e, gradualmente, aumentar o período para 30 ou 60 minutos/dia, por pelo menos três vezes por semana; beber água antes, durante e após a atividade física; manter um horário regular dessas atividades, preferencialmente pela manhã; respirar profundamente e de forma uniforme ao exercitar-se; se sentir falta de ar ou tontura, parar a atividade e procurar um profissional de saúde; manter tempo e intensidade da atividade física diariamente. ⁽³¹⁾

Considerando toda a problemática que envolve fraturas em idosos, podemos observar que cada autor faz a sua narrativa e descrição sobre o tema, abordando sobre os cuidados a serem tomados, e da necessidade do conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca do tema, o objetivo deste estudo foi realizar o levantamento da literatura existente sobre a Assistência de Enfermagem em idosos com fraturas, tendo a especificidade de verificar a conduta dos enfermeiros nos cuidados dos pacientes idosos com fraturas e suas orientações gerais.

CONCLUSÃO

Pode-se considerar a partir dos artigos consultados nesta revisão literária, que o envelhecimento faz parte do ciclo biológico do ser humano, e que os idosos estão mais propícios a fraturas após a queda. Este trabalho mostra que a queda em pessoas de idade avançada tem causas multifatoriais como alterações de postura e equilíbrio e presença de doenças de base, uso de medicamentos e influência de fatores ambientais e psicológicos do indivíduo idoso.

Conclui-se que o risco de quedas em idosos deve ser avaliado com a finalidade de se criar estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência dessa população. A influência positiva que os fatores físicos em ambiente adequadamente planejado exercem no comportamento e na qualidade de vida dos idosos são fundamentais.

Diante dessas estratégias mostradas e de uma equipe de enfermagem bem preparada, teremos uma melhora da adaptação do idoso no seu próprio ambiente, e o preparo dos mesmos e de seus familiares sobre os riscos de queda, com isso será possível, a médio prazo se ter a melhora da qualidade de vida dos idosos, possibilitando a garantia de um envelhecimento saudável nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Agostinho, P. Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. **Revista Portuguesa da Psicossomática**, Janeiro-Junho, ano/vol.6 número 001. Porto- Portugal, 2004.
2. IBGE. <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>>. Acesso em 25 de maio de 2018.
3. Ortolan, E.L. **Índice de Fraturas em Idosos com Faixa Etária entre 50 a 85 anos**. Cascavel, 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Brasília; 2000.19p.(Caderno 4)
5. Rebelatto, J.R.; Morelli, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso**.1ª edição, ed. Manole. São Paulo, 2004).
6. Filgueiras, M.C.et al. **Fraturas em Idosos Decorrentes de Quedas Registradas em Hospital Terciário de Referência em Traumatologia no ano de 2004**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, ano/vol.20, número 004.Fortaleza,2007.
7. Candeloro, J.M.; Silva, R.R. **Proposta de Protocolo Hidroterapêutico para Fraturas na Terceira Idade**. São Paulo, 2002.
8. Freitas, E. V.; PY, L; CANÇADO, F .A. X.; DOLL, J. GORZONI, M. L. Distúrbio da postura, marcha e quedas. In: JÚNIOR, C. M. P.; HELCKMAN, M. F. Tratado de geriatria e Gerontologia 2 ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan cap 98. P. 950-961.2006.
9. Areu, F. M. C.; Lopes, R. Q.; Gabriel., C.; Barbosa, W.; Dantas, E.; Martin, H. Análise quantitativa da marcha no idoso institucionalizado. *Fioter. Bras.* V.4, n.2, p.92-95, mar/abr.2003.
10. Guccione, A.A. **Fisioterapia Geriátrica**.2ª edição, ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2002.
11. Rebelatto, J.R.; Morelli, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica:A prática da Assistência ao Idoso**.1ª

edição, ed. Manole. São Paulo, 2004).

12. Cohen, M. et al. **Osteossíntese das Fraturas da Extremidade Proximal do Úmero com Sistema de Placa de Ângulo Fixo com Parafusos Bloqueados:** técnica resultados.2009.<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162009000200004>.

Acesso em 18 de maio de 2018.

13. Jahana, K.O.; Diogo, M.J.D. **Quedas em Idosos:** Principais Causas e Consequências. Revista Saúde Coletiva, ano/vol.4, número 017. São Paulo, 2007.

14. Dandy, D.J.; Edwards, D. J. **Fundamentos em Ortopedia e Traumatologia:** Uma Abordagem Prática. Edição 5ª, ed. Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro,2011.

15. Rebelatto, J.R.; Morelli, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso.**1ª edição, ed. Manole. São Paulo, 2004)

16. DANDY, D.J.; EDWARDS, D. J. **Fundamentos em Ortopedia e Traumatologia:** Uma Abordagem Prática. Edição 5ª, ed. Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro,2011. HEBERT et al., 2003.

17. Rebelatto, J.R.; Morelli, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso.**1ª edição, ed. Manole. São Paulo, 2004).

18. Silva, K.A.C.; Meija, D.P.M. **A Importância da Fisioterapia na Redução da Síndrome do Imobilismo em Pacientes Acamados.**2012 Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/incidencia-dos-locais-de-fraturas-em-idosos-com-faixa-etaria-de-60-a-90-anos-em-um-servico-hospitalar-na-cidade-de-barreiras-ba/118217>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

19. Nogueira, K.S.; Meija, D. P. M. **Intervenção Fisioterapêutica na Prevenção da Síndrome do Imobilismo nas Fraturas Diafisárias da Tibia em Crianças de 5 a 10 anos.**2008.Monografia (Pós Graduação - em Ortopedia e Traumatologia com Ênfase em Terapia Manual) – Faculdade Ávila.

20. Vojvodic, C. **Especialização de Fisioterapia Respiratória em Ventilação Mecânica com Ênfase em Traumato- Cirúrgico- Síndrome do Imobilismo.** São Paulo, 2004.Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/85124020/Sindrome-Do-Imobilismo>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

21. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepção de Idosos Sobre Alterações das Atividades da Vida Diária Após Acidentes por Queda. REV ENFERM UERJ 2006 AGO; 14(4):531-537.

22. Programa de Qualidade Hospitalar. Manual de Indicador de Enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

23.Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica. 6ª ed. Porto alegre (RS): Artes médicas; 1997. 812 p. 15.

24. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Escrevendo um Diagnóstico de Enfermagem. In: Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo de Diagnóstico em Enfermagem. Porto alegre (RS): Artes Médicas; 1993. P.75-98.

25. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A Vulnerabilidade do Idoso para quedas: Análise dos Incidentes Críticos. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 JAN-ABR; 9 (1): 64-78.

26. Rocha FLR, Marziale MHP. Percepções dos Enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados. R. Gaúcha Enferm. 1998 JUL; 19 (2): 132-141. Consultadas foram a Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

27. Moreira MD, Costa AR, Caldas CP. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. REV.LATINO-AM. Enfermagem [online]. 2007; 15 (2): 311-317.

28. Ramos JA. Cuidados preventivos: Medidas gerias de manutenção da saúde. In: Saldanha AL, Caldas CP, Organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Datasus. *Informações de Saúde* [base de dados na Internet]. Brasília: 2015. [acessado 2015 Ago 13]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

30. Santos SSC. Enfermagem Gerontologia: reflexão e ação cuidativa. 2ed. São Paulo: Robe, 2001.

31. Roach S. Introdução à enfermagem Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.