

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO UNISA

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rafael Rodrigues da Costa

**Queda em idosos no município de São Paulo: análise dos fatores associados
ao planejamento do administrador de hospitalidade em Instituições de Longa**

Permanência para Idosos (ILPI).

Orientação: Prof^a Dr^a Patrícia Colombo de Souza

Co-Orientação: Prof^a Dr^a Carolina Nunes França

São Paulo

2014

RAFAEL RODRIGUES DA COSTA

**Queda em idosos no município de São Paulo: análise dos fatores associados
ao planejamento do administrador de hospitalidade em Instituições de Longa
Permanência para Idosos (ILPI).**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, sob a orientação da Prof.^a Dr^a Patrícia Colombo de Souza e co-orientação da Prof^a Dr^a Carolina Nunes França.

SÃO PAULO

2014

“O que me preocupa não é o grito dos maus. É o silêncio dos bons.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais † **Alcindo Jesus Rodrigues da Costa** e **Celeste Rodrigues da Costa**, aos meus tios **Aparecido Bernardo Pereira** e **Beatriz da Costa Pereira** e a minha Avó **Maria Amélia Dias da Costa**, que investiram tanto tempo, paciência, recursos e esforços na minha educação e formação moral.

Dedico esse trabalho ao meu falecido pai † **Alcindo Jesus Rodrigues da Costa (1936 – 2014)** que Deus nosso pai, o grande arquiteto do universo, os guias e mentores de luz e Orixás o iluminem e guardem.

RESUMO

Introdução: atualmente, quase dois terços da população mundial são representados por idosos, fato que implica na necessidade de se estudar melhor essa população e os problemas a que estão expostos. Um dos agravos mais importantes que acomete essa população é a ocorrência de quedas, considerada um problema de saúde pública, devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde em que se encontram os idosos, falta de qualificação dos profissionais de saúde e das inadequações nas infraestruturas das instituições que os abrigam. **Objetivo:** este trabalho tem como objetivo, associar o planejamento do administrador em hospitalidade nas Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI) e relaciona-lo com as quedas ocorridas entre os idosos com mais de sessenta anos no município de São Paulo no período de 2008 a 2013. **Método:** realizou-se um estudo transversal, de abordagem descritiva e com base em dados secundários obtidos pelo Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) do município de São Paulo. As variáveis estudadas foram: faixa etária; gênero; local de queda; período do dia; presença de deficiência; a evolução da queda; a região do município e o equipamento de saúde em que foi socorrido e o diagnóstico da lesão. **Resultados:** foram encontradas relações entre quedas com as seguintes variáveis: Faixa etária; Gênero; o Local, as deficiências apresentadas pelos idosos e o período do dia em que a queda ocorreu. **Conclusão:** as variáveis estudadas apresentaram informações relevantes para o planejamento da família, equipe multidisciplinar e para o administrador em hospitalidade que entre outras

funções cuida da estrutura física, residencial e de lazer dos idosos dentro das ILPIs. Podemos concluir também que a inadequação das estruturas físicas tem relevante importância no aumento do risco de quedas principalmente para os idosos.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Acidentes por Quedas; Idoso; Planejamento.

ABSTRACT

Almost two thirds of the world population are now represented by elderly people. The high rate of increase in this age group is due to demographic and epidemiological factors which deserve a thorough and deep analysis. One of the greatest burdens afflicting this population is the frequent occurrence of falling, which can be considered a public health problem, due to its frequency and relation to other health problems, as its cause but also as its consequences. Moreover there is a relative lack of trained professionals and of Institutions adequately equipped for delivering the necessary care to these patients. In this monograph we analyse the points to be considered when planning for the set up of Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) - Long Term Care Centers for the Elder . A particular attention is devoted to the factors associated with falling of people older than 60 years in the particular period of 2008-2013. Data analysed were obtained from SIVVA (Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes) - System for Surveillance of Aggression and Accidents in São Paulo. Age, gender, local where fallings occurred, time, the person having or not some previous impairment, region of the city where the falling occurred, Institution involved in the care, diagnosis and follow up. The following variables showed the greatest association with falling: age, gender, room or space in the house, existence of previous impairment and the period of the day. The lack of adequate adaptation of the space and of some basic resources also contributed for the occurrence of

falling. In conclusion, the analysis of those variables can contribute for the adequate planning of Institutions and homes, be it done by professional planners, multidisciplinary teams or by family members.

Keywords: Homes for the Aged, Accidental Falls, Aged, Planning.

Índice

1. Introdução.....	01
2. Justificativa.....	13
3. Objetivo.....	14
4. Método.....	15
5. Resultados e discussão.....	19
6. Conclusão.....	39
7. Considerações Finais.....	41
8. Referências Bibliográficas	43

1. Introdução

1.1. Envelhecimento Populacional

O aumento acelerado da população de idosos é um fenômeno mundial observado desde o final do século XIX. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional aconteceu gradualmente durante os dois últimos séculos e foi acompanhado pelo crescimento econômico que propiciou a melhoria da qualidade de vida, do saneamento básico, da alimentação, da moradia e uma adequação dos setores de saúde geriátrica e de previdência social.¹

O crescimento populacional de idosos é uma realidade vivenciada em todo mundo, principalmente por países desenvolvidos e em desenvolvimento.² A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que as pessoas com 80 anos ou mais constituem o segmento populacional que mais cresce. No Brasil, a previsão é de que, em 2020, existirão 30,8 milhões de idosos, ou seja, 14,2% de todos os brasileiros. O Brasil já é considerado o sexto país do mundo em taxa de envelhecimento populacional.³

Segundo o *síte* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, os idosos, pessoas de 60 anos ou mais, representam um contingente de aproximadamente 20 milhões de pessoas no Brasil, 8,6% da população brasileira e essa proporção vem crescendo mais que a proporção de crianças, em 2025 estima-se que esse número deva passar de 32 milhões. Ainda segundo o IBGE, eles ocupam um papel cada vez maior de destaque na sociedade.

Atualmente, quase dois terços da população mundial são representados por idosos. Esse elevado crescimento populacional é um fenômeno decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas entre esses indivíduos, fato que implica na necessidade de se estudar melhor essa população e os problemas a que estão expostos.⁵

1.2. Queda em Idosos

O processo de envelhecimento naturalmente promove modificações no corpo. No caso do idoso, é comum identificar parâmetros reduzidos da massa muscular que reduzem força, assim como os de densidade óssea, que enfraquecem o componente esquelético do indivíduo, fragilizando-o.⁶

Um dos agravos mais importantes que acomete essa população é a ocorrência de quedas, considerada um problema de saúde pública, devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde em que se encontram os idosos, falta de qualificação dos profissionais de saúde e das inadequações nas infraestruturas dessas instituições que abrigam idosos.²

Segundo o INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) a queda é um evento comum e que causa grandes traumas aos idosos. É uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda, as atividades e comportamentos de risco e ambientes inseguros aumentam a probabilidade de cair, pois levam as pessoas a escorregar,

tropeçar, errar o passo, pisar em falso, trombar, criando, assim, desafios ao equilíbrio. Os riscos dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional do idoso.⁷

As quedas podem ser definidas como eventos não intencionais que resultam na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Esses eventos resultam da interação de diversos fatores de risco e múltiplas causas, sendo, por isso, considerados eventos multifatoriais e heterogêneos.⁸

Dados apontam que 28 a 35% de pessoas acima de 65 anos de idade caem pelo menos uma vez durante o ano no mundo. A proporção aumenta para até 42% quando os idosos têm mais de 70 anos.⁹

Há que se considerar o fato de que a queda em indivíduos idosos provoca também uma reação por parte dos familiares ou agregados que dividem a mesma moradia. É sabido que, após a queda, indivíduos que convivem com o idoso podem, por meio de seus atos aparentemente precavidos, facilitar o processo de dependência e o inevitável aumento da fragilidade. Com medo de que o evento ocorrido tenha episódios consecutivos, procura-se preventivamente restringir algumas atividades anteriormente executadas pelo idoso.¹⁰

Estudos estimam que 60 a 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de seus lares e esta proporção pode aumentar com o passar da idade, observada em indivíduos acima de 75 anos. Dentre as quedas que geram fratura de fêmur, um estudo verificou que 30% deste público morrem em até um ano.¹¹

A importância do impacto da queda para a saúde pública resume-se à sua relação com altos níveis de morbidade e mortalidade, redução de funções, hospitalização, institucionalização e alto custo em saúde e serviços sociais.¹²

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa e obstáculos ambientais que não são problemas para outras pessoas podem transformar-se em ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações sensoriais.¹³

Ao pensar em funcionalidade para pessoas idosas, um termo muito utilizado no campo da Gerontologia é a capacidade funcional. Tal característica é divulgada como uma ferramenta que compõe um dos parâmetros da qualidade de vida nesta população e é expressa por meio da independência funcional (habilidade para executar tarefas do cotidiano) e autonomia funcional (capacidade de decidir, delegar funções) sem que nas duas opções seja tão necessário o pedido de ajuda.

14

Além da alta mortalidade, devemos considerar outras consequências para a saúde e a qualidade de vida dos idosos como declínio da capacidade funcional, limitação na realização de atividade física, diminuição da mobilidade, receio de sofrer novas quedas, isolamento social, perda da autonomia e da independência para execução das atividades de vida diária. Esse quadro é responsável pela necessidade de institucionalização do idoso frágil.³

A queda, apesar de ser um fator externo ao indivíduo, decorre, na velhice, da junção de todos os fatores já citados que contemplam a chamada “incapacidade funcional”. Apresenta importância relevante no cenário do envelhecimento populacional por acometer número representativo neste grupo.¹⁵ Sua recorrência,

que também é comum, gera déficits que impactam fisicamente no processo de fragilização e compromete aspectos psicossociais do indivíduo idoso. É um tema que merece o conhecimento não só daqueles que são vítimas deste processo, mas de todos os que apresentam relação direta com pessoas idosas, principalmente os profissionais de saúde.¹³

1.3. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

As Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs) são instituições governamentais e não governamentais, de caráter residencial, que foram criadas com a finalidade de servir de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.¹⁶

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), conhecidas também como asilos, abrigos, lares, casas de repouso, clínicas geriátricas e ancionatos, devem satisfazer às necessidades desses idosos quanto à moradia, alimentação, saúde e convivência social, por meio do trabalho da assistência social, medicina, psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, entre outros serviços.¹⁶

As instituições de longa permanência para idosos devem oferecer um ambiente seguro e acolhedor a esses idosos funcionalmente dependentes ou não. E assim garantir a manutenção da autonomia, promover o conforto, prevenção de doenças, inclusão social e principalmente uma assistência à saúde eficiente e de qualidade.³

1.4. A relação entre as ILPIs e as quedas

As quedas em idosos são fatos comuns, inclusive dentro das ILPIs, com consequências significantes à saúde física, psicológica e social.¹⁷

Os idosos institucionalizados geralmente possuem características peculiares, como hábitos sedentários, diminuição da autonomia e abandono familiar, questões essas que contribuem para o aumento de prevalências relacionadas às morbidades e comorbidades, em especial as quedas, por ser um dos agravos mais relevantes decorrentes do envelhecimento, devido ao elevado custo social e econômico.¹⁸

Idosos institucionalizados apresentam um envelhecimento patológico, muitas vezes associado à doença de Parkinson, Alzheimer e outras doenças graves, que os tornam incapazes de efetuar atividades rotineiras como tomar banho, locomover-se e comunicar-se. A incapacidade de realizar tais atividades pode ter correlação com o índice de quedas e é importante elucidar esta questão para facilitar a identificação dos idosos institucionalizados mais propensos a sofrer quedas e que necessitam de maior atenção e vigilância.¹

Segundo dados do Sistema de Informação Médica do Ministério da Saúde (SIVVA), aproximadamente um terço da população idosa que mora em comunidades sofre múltiplas quedas a cada ano. No entanto, os idosos institucionalizados apresentam três vezes mais chances de cair dos que aqueles que residem em comunidades, sendo que 39,8% apresentam idade entre 80 a 89 anos.⁷

As quedas em ILPIs tendem a resultar em consequências mais sérias do que as em comunidade, de modo que a cada ano 1.800 eventos fatais ocorrem em instituições. Entre os idosos com 85 anos ou mais, uma em cada cinco quedas em ILPIs é fatal.³

Estudos têm mostrado que grande parte das quedas em ILPIs ocorre durante transferências para cama, cadeira ou cadeira de rodas. A informação sobre a circunstância da queda pode direcionar a avaliação médica para a causa do evento, por exemplo: cair após se levantar de uma posição mais baixa pode estar relacionado à hipotensão postural; quedas após tropeço ou escorregão indicam presença de fator ambiental ou problemas de marcha, equilíbrio e visão.¹⁹

As condições de saúde dos idosos que residem em ILPIs reforçam a importância da avaliação e reavaliação por parte dos profissionais da gerontologia e geriatra, tanto do ponto de vista da eficiência e da qualidade do serviço prestado, quanto para fins de pesquisa. A necessidade dessas medidas poderá permitir ações comprometidas com a promoção de saúde, prevenção e reabilitação desses idosos.²⁰

Intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos.⁵ Assim, para um serviço geriátrico de qualidade, no qual se incluem as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), é necessário um trabalho formado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos), capacitada em desenvolver intervenções adequadas, baseadas em ações de prevenção e na promoção da saúde.¹⁵

Outras ações também foram destacadas nos demais estudos, como mecanismos que podem ser adotados para a prevenção do risco de quedas em instituições asilares, como: a adequação do ambiente asilar e uma melhor atuação multiprofissional das equipes de saúde nas ILPIs.³

Em uma ILPI na Alemanha, os residentes moderadamente dependentes tiveram uma incidência de quedas maior do que os independentes ou gravemente dependentes. Além dos problemas com equilíbrio, marcha, mobilidade e força muscular, o idoso com declínio funcional apresenta risco aumentado para quedas em decorrência da baixa autoconfiança para realizar as AVDs, o que compromete ainda mais sua capacidade funcional. Por isso, o grupo dos parcialmente dependentes carece de mais atenção, visto que possui um declínio funcional significativo, porém não determinante para completa imobilidade, em comparação ao grupo dos totalmente dependentes. De maneira que a queda entre os residentes do último grupo pode representar, de certa forma, uma iatrogenia da equipe de enfermagem e de cuidadores.³

Em resumo, o suporte multiprofissional está alicerçado nas práticas preventivas de quedas e necessita, portanto, de uma postura compartilhada de informações entre os profissionais da saúde ou de áreas afins, que trabalham com este público.⁵

O fato do risco de quedas ser considerado uma das principais causas de morte entre os idosos indica a necessidade de ações preventivas que estimulem a responsabilidade do autocuidado e do exercício da autonomia entre esses indivíduos, favorecendo assim a manutenção e a sistematização da rotina asilar e

uma maior interação entre os profissionais de saúde e os idosos residentes nas ILPIs.²

Portanto, destaca-se a importância do impacto das quedas em idosos institucionalizados e a necessidade de estudos epidemiológicos que visem identificar o perfil dessa população e os principais problemas a que estão sujeitos, para que assim sejam traçadas medidas educacionais e promotoras da saúde, capazes de estimular o autocuidado e de proporcionar-lhes uma vida com mais independência.

1.5. Os ambientes e as quedas

Os ambientes que têm sido listados como locais de maior perigo no lar são, em primeiro lugar, o quarto, seguido por escadas e cozinha e, por último, sala de estar e banheiro. O quarto e sala de estar estão mais envolvidos com situações que inicialmente decorrem de tropeços sobre roupas no chão, sapatos, tapetes e demais objetos ou móveis. Os banheiros e cozinhas relacionam-se com pisos escorregadios, muitas vezes decorrentes da tarefa do idoso em fazer a limpeza destes.¹⁹

No que concerne ao ambiente doméstico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou que fatores como escadas irregulares, diferentes relevos de piso no mesmo ambiente, escadas com degraus mal projetados, ambientes externos ao redor da casa que, com a chuva (ou neve), apresentam o piso escorregadio,

todos associados com baixa iluminação, são fatores que contribuem para a ocorrência de queda. ¹

A escada, por exemplo, demonstra um alto risco quando se apresenta em *design* desfavorável, sem apoios, corrimãos ou placas antiderrapantes nos degraus. Esse cenário, somado à má iluminação local, com o idoso em dificuldade para locomover-se ou mesmo falta de equilíbrio, faz com que este esteja mais vulnerável às quedas. No caso da escada, os estudos mostram que 75% das quedas nesse local ocorrem quando o idoso está descendo por ela, o que mostra a importância do autocontrole do corpo e da arquitetura favorável. ⁹

De acordo com Fernandes e Carvalho (2011) as ILPIs devem ser projetadas para maximizar a acessibilidade e minimizar os efeitos das principais limitações funcionais do idoso. A utilização de rampas, corrimãos e pisos adequados é uma preocupação não só para os idosos, mas também para os funcionários e visitantes da instituição. ²¹

Segundo os *Guidelines for the physiotherapy management of older people at risk of falling*, a prevenção deve englobar fatores multidimensionais para se atingir não somente um grau aceitável de adesão pelos pacientes, mas uma redução importante no número de quedas. Conhecer o local de maior prevalência de quedas numa instituição é fundamental para a priorização de cuidados preventivos específicos de cada ambiente. ²²

Com essa tendência, um problema a ser considerado é a falta de planejamento do ambiente construído, em especial as instituições de longa permanência para os idosos (ILPIs), pois a qualidade de vida na velhice está

diretamente relacionada à existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenharem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos.²³

1.6. O papel do Administrador Hoteleiro na prevenção de quedas em idosos institucionalizados

A partir do final dos anos 90, os hospitais começaram a atrelar a medicina tradicional aos serviços de hotelaria, surgindo assim a hotelaria hospitalar. Apesar de sua importância na contribuição da atividade curativa do paciente, há poucas publicações sobre o tema, demandando um estudo mais aprofundado sobre a influência da qualidade da hotelaria hospitalar no processo de cura do paciente.²⁴

Quando analisamos o idoso não apenas como um paciente em uma ILPI e sim como um hóspede consumidor de serviços de hospitalidade podemos pensar que “O hóspede é um fiscal da qualidade. Avalia tudo em todos os momentos.” “As impressões desse hóspede serão decisivas para a sobrevivência da organização”.²⁵

Hospitalidade, sob qualquer de suas formas, compreende essencialmente a prestação gratuita ou não, de serviços obtidos por uma pessoa em seu próprio lar, mas que por não possuí-lo, ou por estar dele ausente temporariamente, não os tem à disposição.²⁶

Segundo Petrocchi²⁷, o hotel é apenas uma parte do sistema, e como tal, interage como as demais partes, ele influencia o resultado do conjunto, assim como sofre influência das outras partes. No caso do tema proposto o hotel é o

meio de hospedagem, que aqui é a ILPI, as outras partes do sistema são o idoso como hóspede ou morador, o responsável legal podendo esse ser familiar do idoso ou não e a equipe interdisciplinar.

O Administrador hoteleiro é o profissional responsável pela administração dos mais diversos tipos de meios de hospedagem, sendo esses hotéis, albergues, pousadas ou até mesmo as ILPIs.²⁴

Este profissional tem uma visão voltada a administração do meio de hospedagem e de suas variáveis, assim como da gestão da hospitalidade, empresarial e relação com o cliente. O administrador hoteleiro tem ainda a função de organizar toda a Atividade de Vida Diária (AVD) dos hóspedes dentro do meio de hospedagem e facilitar essas atividades fora desse meio, além de se preocupar com as operações dos colaboradores e planejamento estrutural do imóvel.²⁵

Podemos definir o administrador em hospitalidade como o gestor das áreas de hotelaria, turismo, eventos, gastronomia e todas as subdivisões que se cabe ao exercício dessas funções. É aquele que é responsável além da gestão do negócio, pelo prazer e qualidade de vida dos hóspedes ou moradores de determinado meio de hospedagem.^{25,26}

Segundo Butuhy ²⁵, além das funções específicas de um gerente geral de hotel, cabe a ele, nos mais diversos meios de hospedagem, entre outras funções, a implementação de novas ideias e sugestões, que possam vir a se transformar em melhorias nos serviços prestados. “A gestão hoteleira é complexa, exigindo visão estratégica, atenção e agilidade na organização para se adaptar às variações do meio que a envolve.”

2. Justificativa

Com o aumento da população mundial e o tempo médio de vida do ser humano, os estudos voltados à qualidade de vida do homem tem se tornado cada vez mais relevante. Isso inclui a vida no meio de hospedagem conhecido como ILPI – Instituição de Longa permanência para Idoso.

A importância das reuniões interdisciplinares já é tradicional para um tratamento completo e mais eficaz do paciente, entre essas especializações o profissional de hospitalidade aparece como o responsável pelo aumento da qualidade de vida do idoso institucionalizado e pela facilidade nas atividades da vida diária, socialização e operações de hospitalidade como um todo.

As quedas em idosos são fatores relevantes e considerados um item relevante da saúde pública.

Em um cenário mundial onde as ILPIs não são mais apenas um local onde passar os últimos dias de vida e sim um local onde aumentar a qualidade e tempo de vida, o papel do administrador em hospitalidade é cada vez mais relevante.

Para uma gestão mais eficiente e eficaz, é de fundamental importância para o gestor em hospitalidade o conhecimento dos fatores que interferem nos fatores relativos às quedas dos idosos para um melhor planejamento do gestor em hospitalidade, minimizando esses acontecimentos e aumentando a qualidade de vida e interação social dos mesmos.

3 . Objetivos

3.1 Geral:

Descrever as quedas de idosos no município de São Paulo buscando fatores que possam embasar o planejamento do gestor em hospitalidade.

3.2 Específicos:

Identificar associação da queda com variáveis estudadas.

Verificar entre as variáveis estudadas aquelas que podem embasar o planejamento do administrador em hospitalidade.

Indicar áreas de possível interferência do gestor em hospitalidade para a melhoria de vida dos idosos dentro das ILPIs.

4. Método

4.1. Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem descritiva e analítica com base em dados secundários obtidos pelo Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) do município de São Paulo, gerenciado pela Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-COVISA) em conjunto com as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS).

O SIVVA tem como fonte a notificação de atendimentos de vítimas de violências/ acidentes por profissionais de saúde. Essa notificação se faz por meio de um instrumento específico, de acordo com a Portaria 1328/07 – SMS. O banco de dados do SIVVA não é representativo da totalidade dos acidentes ou violências, mas dos casos que incidem nos serviços de saúde.

4.2 População estudada

Todos os casos de acidentes definidos, segundo o Ministério da Saúde (2002), como: “Evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do

trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” ocorrido nos anos de 2008 a 2013.

Faixa etária (vítima)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
60 a 64 anos	26	315	497	514	865	1121	4397
65 a 69 anos	28	265	413	469	710	977	3778
70 a 74 anos	30	260	407	408	677	888	3515
75 a 79 anos	29	220	365	418	623	813	3273
80 a 84 anos	25	219	310	358	581	755	2939
85 a 89 anos	13	117	175	195	311	474	1669
90 anos e +	7	69	113	128	174	236	945
Total	158	1465	2280	2490	3941	5264	20516

Foram retirados da análise todos os casos ignorados.

Faixa Etária (vítima)	Feminino	Masculino	Total
60 a 64 anos	2582	1818	4400
65 a 69 anos	2260	1521	3781
70 a 74 anos	2182	1334	3516
75 a 79 anos	2104	1173	3277
80 a 84 anos	1971	970	2941
85 a 89 anos	1072	598	1670
90 anos e +	658	288	946
Total	12829	7702	20531

Variáveis Estudadas

- Faixa etária: categorizadas em 60 aos 64 anos, 65 aos 69 anos, 70 aos 74 anos, 75 aos 79 anos, 80 aos 84 anos, 85 aos 89 anos, 90 e mais.
- Gênero masculino e feminino.

- Local de queda: residência, asilo, abrigo bar e afins, creche, escola, trabalho, via publica, ignorado e outro.
- Período do dia: manhã, tarde, noite e madrugada.
- Deficiência: física, auditiva, visual, mental, múltiplas e outras.
- Evolução da queda no equipamento de saúde: acompanhamento, alta, observação, internação, recebido, transferido, óbito.
- Região do município: norte, sul, leste, centro-oeste e sudeste.
- Equipamentos de saúde em que foi socorrido: Publico ou particular.
- Diagnostico da lesão: agrupadas de acordo com o capítulo XIX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 e separado conforme região do corpo afetada:
 - Cabeça
 - Tronco
 - Membros superiores
 - Membros inferiores

Análise Estatística

Para análise das medidas descritivas e testes estatísticos, foi utilizado o programa SPSS versão 20.0. As variáveis numéricas foram apresentadas como média e erro-padrão da média (EPM), comparadas por meio de testes paramétricos ou não-paramétricos, conforme apropriado. Comparações entre grupos foram realizadas utilizando-se os testes de Kruskal Wallis, Qui Quadrado e

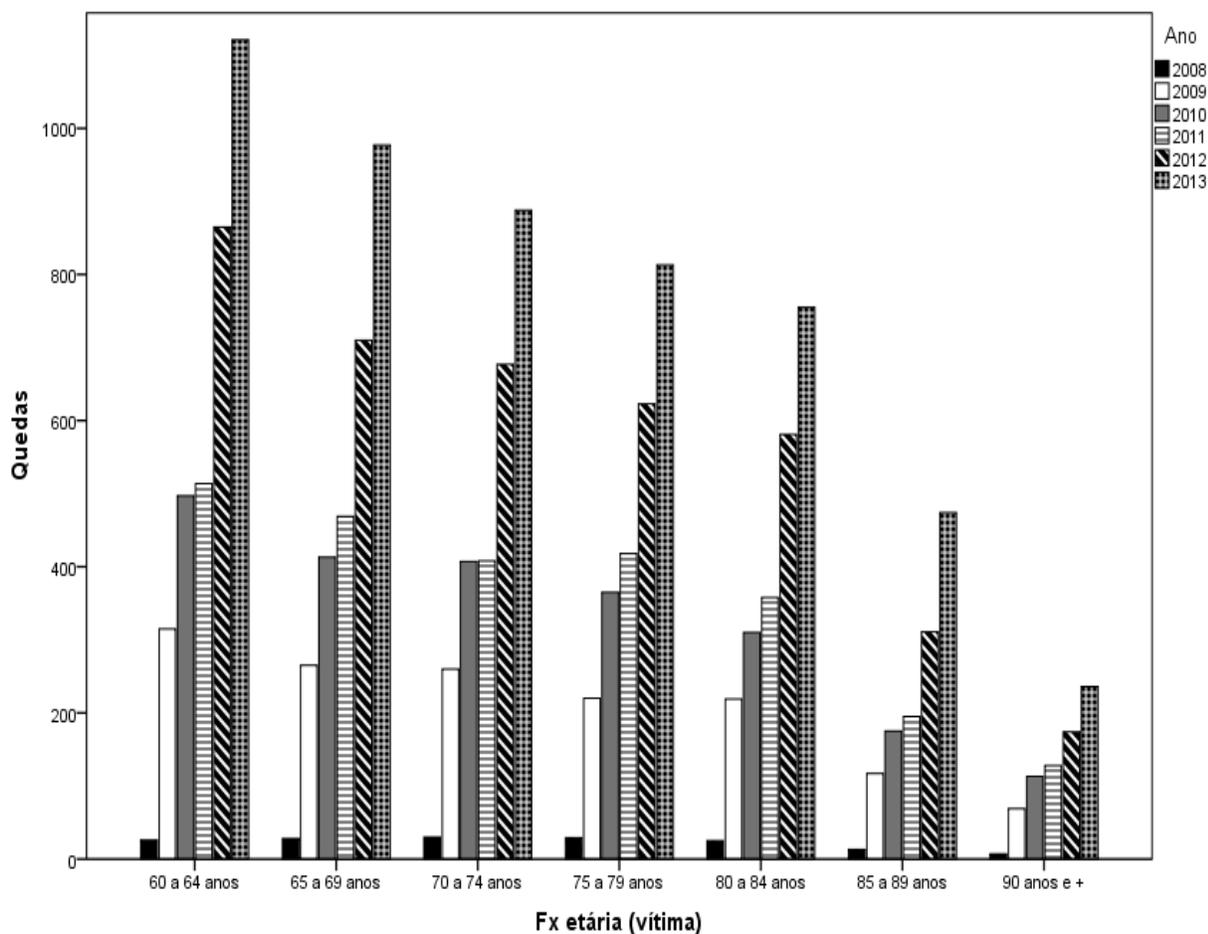
Mann-Whitney, quando apropriado. Em todos os testes foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISA, considerando que não haverá contato com seres humanos em nenhuma etapa da pesquisa, não contrariando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5. Resultados e Discussão

Figura 1. Número de quedas entre os idosos por faixas etárias, entre os anos de 2008 e 2013. Houve aumento significativo das quedas ao longo dos anos



Quando se compararam as diferentes faixas etárias em cada ano, não houve diferença significativa no número de quedas (Teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,093$).

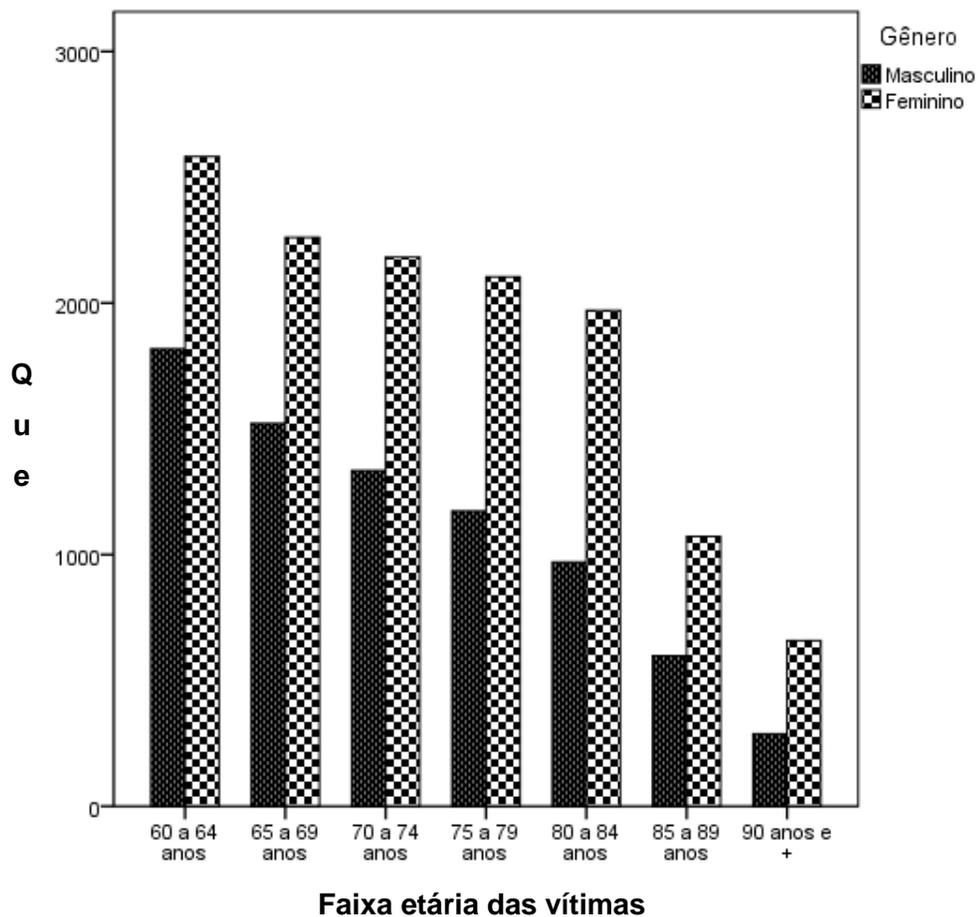
A Figura 1 representa o número de quedas entre os anos de 2008 e 2013. As médias (erros-padrão – EP) nos anos analisados foram 23 (3), 209 (33), 326 (52), 356 (54), 563 (91), 752 (115), respectivamente. Houve significativo aumento das quedas ao longo dos anos (teste de Kruskal Wallis, $p < 0,0001$), porém pode ter ocorrido um melhor registro dos casos e não significa, necessariamente, que os idosos caíram mais.

Com o passar do tempo houve uma maior preocupação em registrar o número de quedas entre os idosos. Devido essa preocupação vemos no gráfico um maior registro de acontecimentos em relação ao ano porém podemos notar que o percentual de acontecimentos em relação a idade se comporta de maneira constante tornando assim o percentual de ocorrências em relação a similar todos os anos.

Ao analisar o gráfico podemos notar uma diminuição do número de ocorrências, porém devemos levar em conta a redução do universo de idosos com o passar dos anos.

As quedas são problemas frequentes na população idosa. No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente. Estes eventos têm impacto importante na mortalidade de idosos.²⁰

Figura 2. Número de quedas entre os idosos por faixas etárias, segundo gênero. Houve tendência a maior número de quedas entre as mulheres (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,052$).



A Figura 2 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo o gênero. Observou-se tendência a um maior número de quedas entre mulheres (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,052$).

Quando foram realizadas comparações entre homens nas diferentes faixas etárias e também entre mulheres, houve diferenças significativas para ambos os gêneros. (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,023$ e $p = 0,015$, respectivamente).

Assim como na figura 1, podemos notar que o percentual de eventos continua constante entre os grupos estudados porém o número de eventos é menor devido ao universo de idosos vivos também ser menor.

As diferenças entre gêneros também parecem influenciar na percepção da queda. O estudo de Gasparotto e Santos apontou que, para os homens idosos, a queda passa a ser situação de risco quando ela interfere na sua capacidade de deslocar-se em ambientes externos ao lar. No caso das mulheres, estas se preocupam mais com as quedas quando a experiência de cair compromete a execução de atividades rotineiras do lar. É importante divulgar fatores como esses ao público idoso, de maneira a impactar na intenção e aderência do autocuidado.

14,23

Inúmeros estudos têm encontrado uma frequência de quedas maior em mulheres do que em homens.^{8, 14,17,19, 28} Ainda não há uma explicação conclusiva sobre este fato, o qual parece estar relacionado ao melhor estado funcional das mulheres idosas em comparação aos homens e maior mobilidade com consequente maior exposição ao risco de queda.⁸ Também há maior fragilidade entre as mulheres, pois a quantidade de massa magra e a força muscular são menores em idosas.¹ Outros autores também citam a utilização de maior quantidade de drogas e alta prevalência de doenças crônicas entre as mulheres.

13, 29

A Tabela 1 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo o local: ILPIs em que foram consideradas as quedas em asilos e abrigos, residência ou via pública. Houve um maior número de ocorrências na própria residência dos idosos (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

Tabela 1. Número de quedas segundo local de ocorrência.

Faixa Etária	ILPI	Residência	Via pública
60-64 Anos	2	2023	321
65-69 Anos	4	1749	256
70-74 Anos	3	1692	254
75-79 Anos	4	1557	264
80-84 Anos	9	1486	184
85-89 Anos	16	887	99
>=90 Anos	11	547	31
TOTAL	49	9941	1409

Teste de Kruskal-Wallis entre locais, $p < 0,0001$.
 Teste do Qui Quadrado para faixas etárias: ILPI
 $p = 0,47$; Residência $p = 0,23$ e Via pública $p = 0,23$.

Quando foram comparadas as diferentes faixas etárias, não foram encontradas diferenças para cada um dos três locais: ILPI, residência e via pública (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,47$; $p = 0,23$ e $p = 0,23$, respectivamente).

Na Tabela 2 está representado o número de quedas entre 2008 e 2013 de acordo com presença de deficiência: física, auditiva, visual, mental e múltiplas. Houve um predomínio de deficiências físicas (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

Notamos um maior número de ocorrências em ILPIs e uma diminuição em relação às variáveis residência e vias públicas com o passar dos anos. Esse fenômeno se dá ao maior número de idosos institucionalizados com o avanço da idade.

Tabela 2. Número de quedas de acordo com a presença de deficiência

Faixa Etária	Física	Auditiva	Visual	Mental	Múltiplas
60-64 Anos	17	4	10	4	1
65-69 Anos	15	2	14	5	2
70-74 Anos	13	9	9	3	2
75-79 Anos	9	6	11	6	0
80-84 Anos	21	5	12	11	2
85-89 Anos	7	9	11	9	1
>=90 Anos	15	3	7	3	1
TOTAL	97	38	74	41	9

Teste de Kruskal-Wallis quanto à presença de deficiência, $p < 0,0001$

O atendimento adequado à saúde do idoso deve ser voltado para a prevenção e identificação de sinais e sintomas característicos do envelhecimento com fragilidade, um contínuo e complexo processo envolvendo a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, culminando num estado favorável à ocorrência de condições geradoras de dependência e institucionalização, como alterações cognitivas, incontinência urinária, instabilidade da marcha e quedas.³⁰

Além disso, os comprometimentos visuais quando associados à pouca iluminação ambiental e a inadequada infraestrutura das instituições asilares, podem predispor a escorregões e derrapadas em áreas com desníveis. A maioria dos artigos citados constataram que os maiores números de quedas ocorridas em ILPIs, acontecem em quartos e banheiros, e enfatizaram a necessidade de monitoramento desses espaços pela equipe de saúde.^{2,5,13,16,17,19,20}

A Tabela 3 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo a evolução: acompanhamento, alta, em observação, internação, transferência, óbito no atendimento.

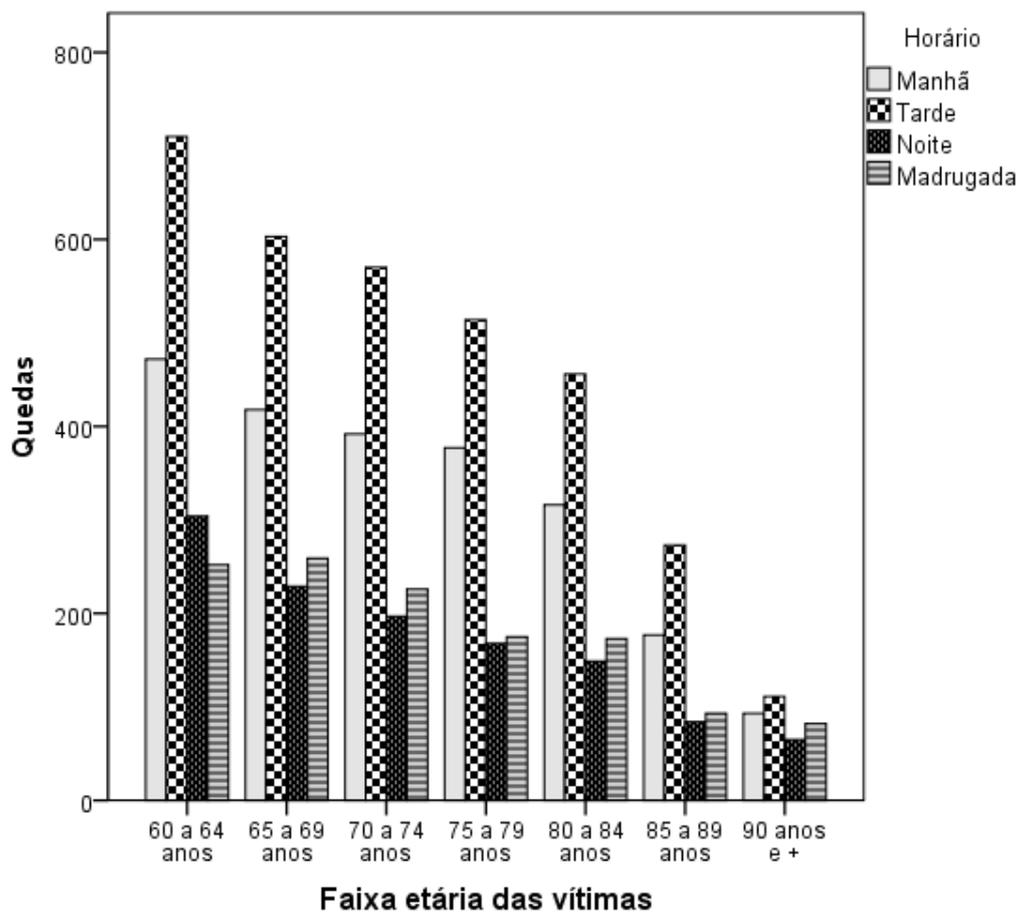
Tabela 3. Número de quedas segundo evolução

Faixa Etária	Acompanhamento	Alta	Em observação	Internação	Transferência	Óbito no atendimento
60-64 Anos	81	3418	135	156	381	9
65-69 Anos	56	2968	123	131	307	6
70-74 Anos	71	2674	114	147	331	10
75-79 Anos	57	2431	148	160	293	17
80-84 Anos	67	2116	112	216	258	25
85-89 Anos	45	1130	99	143	136	27
>=90 Anos	23	595	55	98	91	24
Total	400	15.332	1022	1051	1797	118

Houve um maior número de pacientes que haviam recebido alta (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

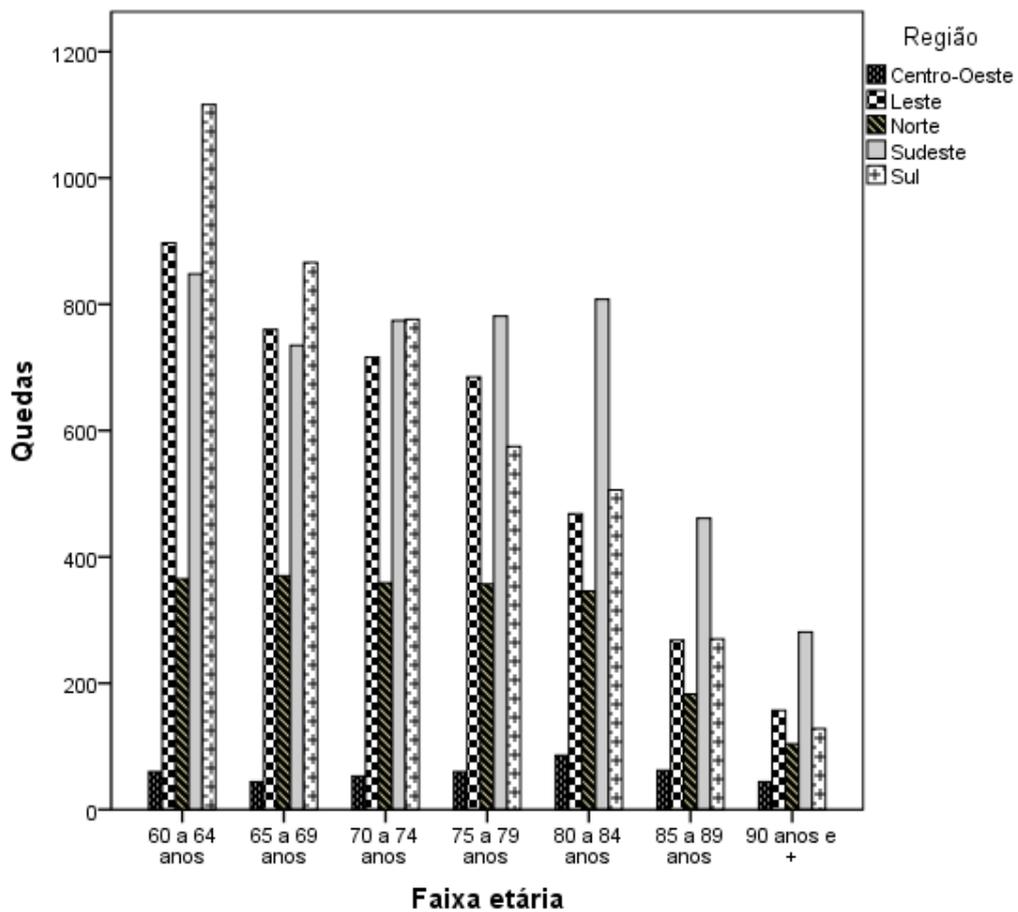
A Figura 3 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo o período do dia (manhã = 07:00 – 12:59 hs; tarde = 13:00 – 18:59 hs; noite = 19:00 – 00:59 hs, madrugada = 01:00 – 06:59 hs). Houve maior número de quedas no período da tarde (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

Figura 3. Número de quedas entre os idosos por faixas etárias, segundo período do dia.



Houve maior número de quedas no período da tarde (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

Figura 4. Número de quedas entre os idosos por faixas etárias, de acordo com a região da cidade de São Paulo.



Houve menor número de quedas na região Centro-Oeste (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

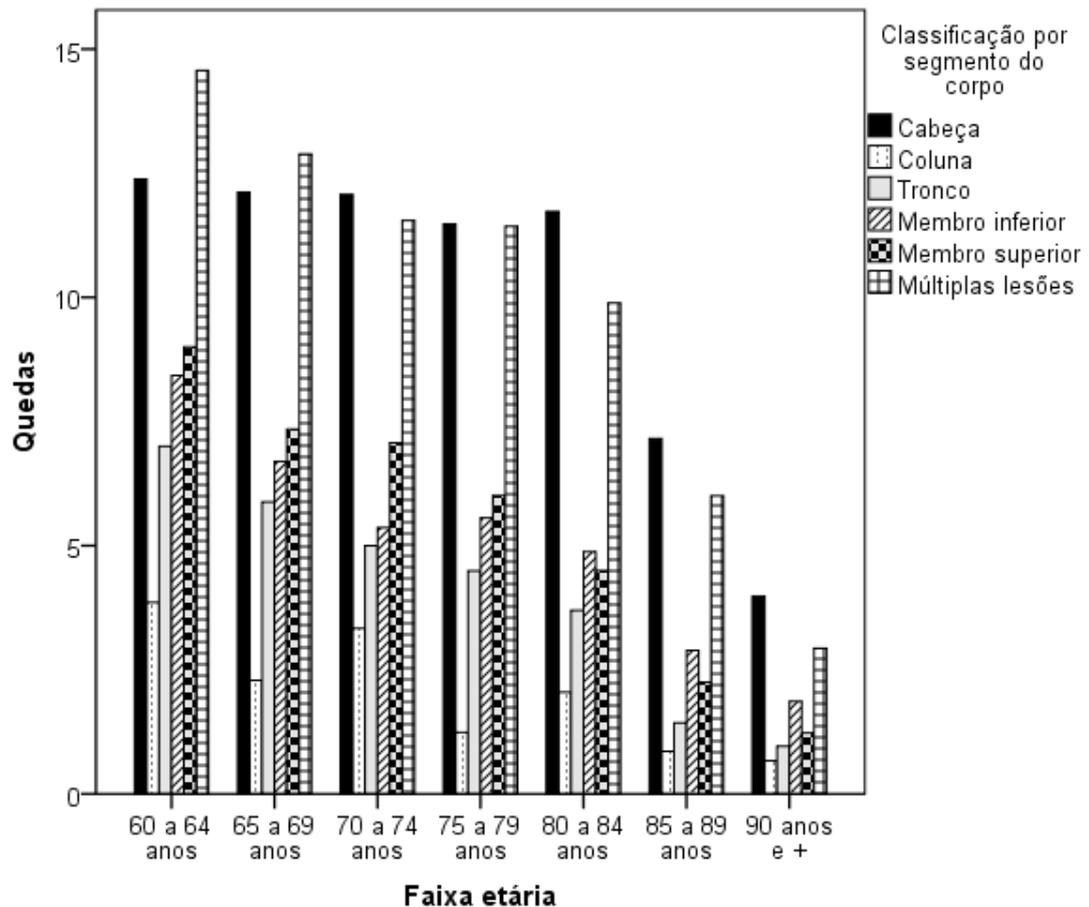
A Figura 4 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo a região da cidade de São Paulo (Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste, Sul). Houve menor número de quedas na região Centro-Oeste (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

O elevado número de ocorrências durante o período da tarde e da manhã se deve a maior atividade dos idosos nesse período. Notamos ainda que, como os gráficos anteriores, eles também mantem o mesmo padrão percentual com apenas a

diminuição do número de ocorrências em relação faixa etária, o que nos deixa claro um padrão do comportamento dos idosos até o momento.

Ao analisarmos a Figura 4, devemos levar em conta a população residente em cada uma das regiões analisadas. A zona sul composta por diversos bairros superpopulosos e com área territorial significativa em relação ao município de São Paulo, inclusive o antigo município de Santo Amaro, hoje bairro e subprefeitura, conta com um número muito maior de habitantes do que a região centro-oeste. Isso interfere no número de ocorrências de queda e na representação gráfica porém não afeta a relevância da informação para o gestor de hospitalidade, pois entre outras funções lhe cabe a área comercial e de marketing.

Figura 5. Número de quedas entre os idosos por faixas etárias, de acordo com a classificação de lesões por segmento do corpo.



A Figura 5 mostra o número de quedas entre 2008 e 2013 segundo a região do corpo onde ocorreu a lesão (cabeça, coluna, tronco, membro inferior, membro superior ou múltiplas lesões). Houve maior número de lesões de cabeça e múltiplas lesões (Teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,0001$).

Quando foram comparadas as diferentes faixas etárias para cada segmento do corpo não houve diferenças para cabeça, coluna, tronco ou múltiplas lesões (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,56$; $p = 0,43$; $p = 0,78$). Porém houve um predomínio

de lesões tanto de membro inferior quanto de membro superior na faixa etária de 60 a 64 anos (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,045$ e $p < 0,0001$, respectivamente).

Outra análise realizada foi a comparação dos diferentes segmentos do corpo que sofreram lesão para cada faixa etária (60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 a 84 anos, 85 a 89 anos, 90 anos e +). Não houve diferenças entre os diferentes segmentos corpóreos (Teste do Qui Quadrado, $p = 0,56$; $p = 0,21$; $p = 0,77$; $p = 0,9$; $p = 0,37$; $p = 0,87$; $p = 0,52$, respectivamente).

Com respeito às fraturas, a literatura demonstra que as mais comuns são as de quadril (25%).^{20,28,29} Este tipo de fratura é mais prevalente em indivíduos acima de 75 anos, decorrente, possivelmente, da lentificação dos reflexos e do prejuízo na habilidade de proteger o quadril durante a queda se apoiando sobre o punho.³ Cerca de 25% dos idosos com este tipo de fratura morrem após seis meses do evento e 60% apresentam incapacidade de realizar suas funções habituais.^{31,32}

Tabela 4 – Número de quedas de idosos segundo notificação por unidade de atendimento e faixa etária.

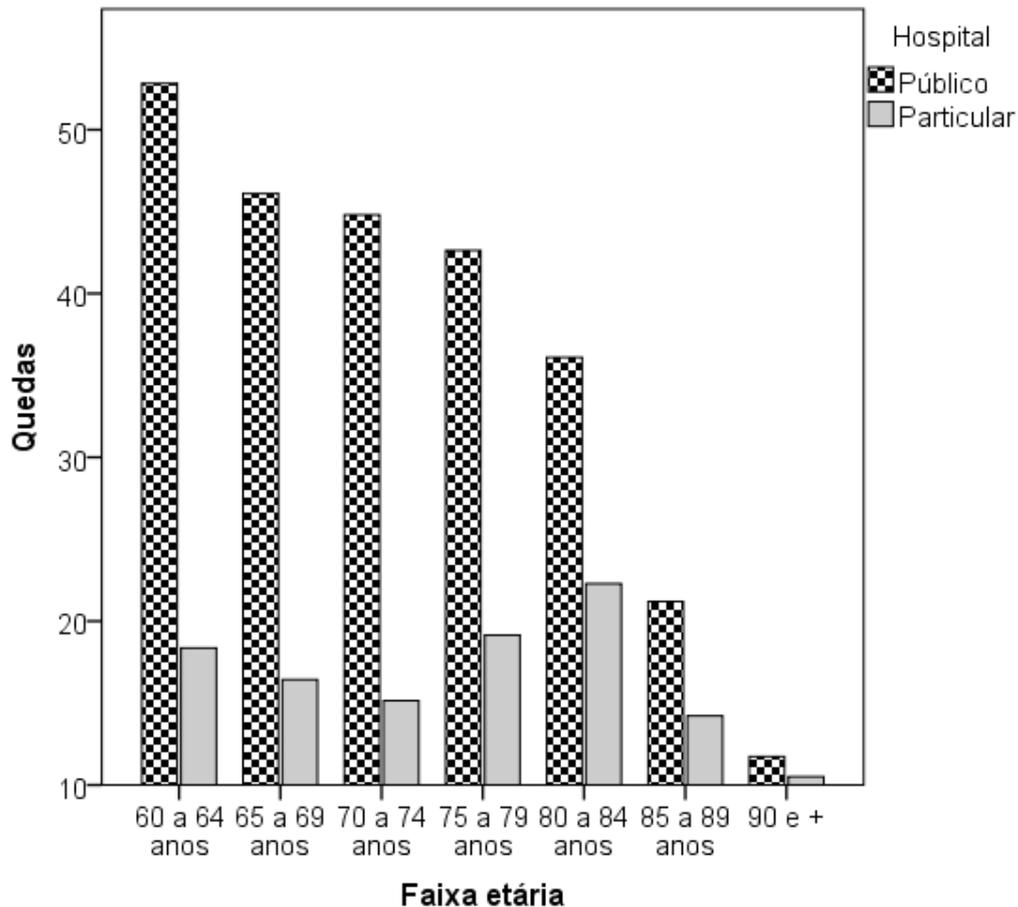
Unidade de Atendimento	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 anos e +	Total
Ambulatório de Especialidades (AE)	38	30	32	31	36	33	15	215
Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	1.838	1.504	1.392	1.155	982	480	245	7.596
Centro de atenção Psicossocial (CAPS)	5	0	3	4	1	4	2	19
Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS)	1	2	3	4	3	1	2	19
Unidade Básica de Saúde (UBS)	69	78	84	99	106	82	50	568
Hospitais Públicos e Privados	1.986	1.773	1.675	1.697	1.538	939	560	10.168
Pronto Atendimento /Socorro (PA/PS)	463	394	324	287	275	131	71	1.945
TOTAL	4.400	3.781	3.513	3.277	2.941	1.670	945	20.530

A **Tabela 4** representa o número de quedas entre 2008 e 2013 em hospitais públicos e particulares. As médias (erros-padrão) foram 36,5 (6,6) e 16,6 (3,9). Não houve diferenças no número de registros de quedas quando comparados hospitais públicos e particulares (Teste de Mann-Whitney, $p = 0,13$).

Também foi realizada a comparação entre hospital público e particular para cada faixa etária. Não houve diferenças para as faixas etárias de 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 a 84 anos, 85 a 89 anos, 90 anos e mais (Teste de Mann-Whitney, $p = 0,11$; $p = 0,19$; $p = 0,49$; $p = 0,53$; $p = 0,98$; $p = 0,64$; $p = 0,85$, respectivamente).

Quando foram comparadas as diferentes faixas etárias para hospital público ou para hospital particular não houve diferenças entre as faixas etárias (Teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,65$ e $p = 0,92$, respectivamente).

Figura 6. Número de quedas entre os idosos em hospitais públicos e particulares. Não houve diferenças no número de registros (Teste de Mann-Whitney, $p = 0,13$).



Todo o atendimento de emergência realizado pela policia militar é encaminhado em primeiro lugar aos hospitais públicos, devido a esse fato notamos um número de ocorrências significativamente maior nos hospitais públicos.

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantém por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera maior gasto para a saúde pública. Entre alguns países do norte da América e Europa, verificou-se que o tempo de permanência no hospital costuma variar de quatro a 15 dias. Isso se prolonga ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos cujas

políticas de saúde sofrem com falta de suporte financeiro e estratégias eficazes para tornar disponível um tratamento adequado.^{5,14,20}

Reduzir o risco de quedas é uma forma de minimizar os custos com a assistência ao idoso, e se torna possível à medida que os fatores determinantes das quedas são identificados.²

De acordo com Lojudice et al. (2010), os fatores ambientais como pisos irregulares ou molhados e escadas sem corrimão são fatores que predisõem os idosos as quedas dificultando ainda a independência.³³

A condição do piso foi a variável mais defasada em termos de resposta. Em 96 eventos (84,2%) não foram registradas as condições do piso. Não houve registros descrevendo quedas em piso seco. Em nove casos (7,9%) o piso estava molhado, em quatro (3,5%) havia obstáculos (poltrona, tapete, calçada irregular), três (2,6%) ocorreram em rampas e dois (1,8%) em degraus.³¹

A importância dos pisos antiderrapantes na prevenção de quedas em idosos está demonstrada no estudo de Coutinho e Silva (2002), realizado em cinco hospitais no Rio de Janeiro, para investigar fatores de risco de fraturas graves decorrentes de quedas em idosos, onde os pisos escorregadios foram atribuídos como a causa principal de quedas, mostrando assim a necessidade de pisos antiderrapantes.³⁴ O local de maior ocorrência de quedas foi o quarto do idoso, com 49 eventos (43,0%), seguido pelo banheiro com 21,0%, corredor com 8,8%, e outros locais com 4,4% (elevador, portaria, recepção e sala de fisioterapia). Ainda ocorreram quatro quedas (3,5%) no refeitório, três (2,5%) quedas fora da ILPI, duas (1,8%) no jardim e uma (0,9%) na sala de estar. Em 16 eventos (14,0%) não foram registrados o local de ocorrência.^{3,31}

A presença de uma escada mais larga assegura um espaço suficiente para que o idoso manobre com adição de qualquer outro item, tal como uma bengala ou andador, e caso precise ser ajudado, haverá espaço para que a segunda pessoa permaneça ao seu lado.¹⁰ Kikuch e Bispo (2010) verificaram que a prevalência de tropeço entre os idosos durante a utilização de escadas tinha como principal alteração, a redução na altura do pé de recuperação durante a fase de balanço da marcha, tornando-os susceptíveis à queda, particularmente em superfícies irregulares como as escadas.³⁵

De acordo com as normas da ABNT, para que haja uma boa acessibilidade em banheiros os mesmos devem apresentar barras com altura de 0,75m e comprimento de 0,88m, os chuveiros devem ser instalados em compartimento box, com largura mínima de 0,80m.³⁶

A inadequação da estrutura do banheiro figura como um dos fatores mais relevantes na estatística de acidentes com idosos. Álvares, Lima e Silva (2010) realizaram um estudo transversal com idosos residentes, objetivando descrever a ocorrência de quedas e fatores associados entre os idosos institucionalizados e verificaram que 17,6% das quedas foram no banheiro e dentre os motivos das quedas, o de maior percentual foi escorregão (23,6%). Tendo fratura e entorses (26,9%) como as principais consequências das quedas.³⁷

O sono adequado e o cochilo durante o dia parecem estar relacionados ao evento da queda. Um dos estudos mostrou que a insônia e o cochilo diurno são prováveis fatores. Estudo realizado com mais de 600 idosos mostrou uma prevalência de sintomas de insônia em quase metade dos participantes (49%) que sofreram quedas. Entre os que relatavam cochilar durante o dia, a prevalência foi de 62%.³⁸

É muito importante que profissionais de saúde que atuam diretamente com o público idoso conheçam o tema “quedas” nessa população. Uma vez que as intervenções e cuidados preventivos indicam associação de fatores ligados aos diversos aspectos, como controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional, entre outros, logo se conclui que, para atingir o ponto ideal de controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional.²

Cabe então aos profissionais da área atentar para esse cenário, cada qual atuando em suas especificidades, e todos colaborando para a melhor condição de vida dos indivíduos idosos.³⁹

Essa alegação já evidencia a participação de profissionais de diversas áreas nas reuniões multidisciplinares e planejamento dos espaços. O administrador em hospitalidade, por ser responsável, entre diversas áreas de serviços, pelo planejamento estrutural e de operações que dizem respeito à qualidade de vida do meio de hospedagem como prolongamento do lar, torna se profissional indispensável para o planejamento da estrutura física e móvel que compõe a ILPI.

Não necessariamente precisamos concordar com a alegação de que a institucionalização do idoso deve ser a última alternativa de assistência, pois representa um fator de risco para quedas, uma vez que a mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, abandono e inatividade física do indivíduo, acarretando em aumento da dependência para realização das AVDs e consequente redução da capacidade funcional, uma vez que por meio de um correto planejamento espacial, com foco na segurança do paciente, conforto e praticidade das operações, é possível minimizar problemas de localização espacial.⁹

Além do planejamento estrutural e de operações que tenham referência com a vida diária do idoso, o administrador em hospitalidade também terá participação fundamental em atividades outras como na área de hospedagem, onde se inclui os itens anteriormente tratados e mais montagem da UH (unidade habitacional) que inclui o quarto e o banheiro, áreas comuns como corredores, lazer e recreação onde o idoso procura parte da sua qualidade de vida e interação social, movimentando-se bastante, o que aumenta o risco de quedas e área de planejamento em alimentos e bebidas, onde mais uma vez o planejamento estrutural e de operações apresenta-se, só que agora no ambiente do restaurante e refeitórios onde novas variáveis como objetos cortante e quentes aparecem.

6. Conclusão

Com o estudo desenvolvido, foi possível concluir que entre as variáveis estudadas aquelas que têm maior relevância para o administrador em hospitalidade foram a faixa etária, gênero, deficiência, período do dia e região do corpo. Essas variáveis são mais relevantes devido à possível interferência do gestor de hospitalidade que se dá diretamente no planejamento do ambiente interno das unidades habitacionais e áreas comuns, das atividades da vida diárias, de lazer, recreação e entretenimento dos idosos, socialização com outros hóspedes e comunidade local, planejamento físico e de operações. Lembrando que essas são atividades do administrador em hospitalidade que tem relação com quedas dos idosos.

Podemos concluir também que a inadequação das estruturas físicas tem relevante importância no aumento do risco de quedas principalmente para os idosos. As variáveis estudadas também apresentam informações relevantes para o planejamento da família, equipe multidisciplinar e para o administrador em hospitalidade que entre outras funções cuida da estrutura física, residencial e de lazer dos idosos dentro das ILPIs.

A relação das quedas em idosos no município de São Paulo apresentaram relação com as seguintes variáveis:

- Faixa etária – a quantidade de registros de quedas diminui com o aumento da idade, porém não foi possível determinar se isso se dá devido a quantidade de indivíduos ainda vivos ou a diminuição do movimento e aumento da dependência e cuidados com os indivíduos mais idosos.

- Gênero – não há uma explicação conclusiva sobre esse fato, mas é nítida a quantidade superior de quedas registradas em mulheres do que os registros de quedas em homens.
- Local – o registro de casos nas ILPIs é consideravelmente menor do que em residências ou vias públicas, isso provavelmente está ligado ao número de idosos institucionalizados e aos cuidados oferecidos nesses locais. Nota-se também que o número de casos aumenta nas ILPIs e diminui nas residências e vias públicas com o aumento da idade.
- Deficiências – as deficiências físicas são as mais relevantes em relação ao número de quedas registradas, seguidas pelas deficiências auditivas.
- Evolução – notamos que o número de óbitos aumenta consideravelmente em relação ao total de registros de quedas com o aumento da idade, o que demonstra a gravidade desse evento na vida do idoso.
- Período do dia – a tabela que mostra a quantidade de quedas registradas em relação ao período do dia mantém o mesmo padrão independentemente da faixa etária e revela que os períodos de maior risco para o idoso são consecutivamente tarde, manhã, noite e madrugada.

Com esse resultado e a percepção de que o lazer, recreação, atividades de integração social e todas as outras atividades relacionadas as AVDs fazem parte do planejamento do administrador em hospitalidade, notamos a relevância do conhecimento dessas variáveis para o planejamento deste profissional.

7.Considerações finais

Com o aumento da perspectiva de vida, número de idosos e sua relevância na sociedade, os produtos e serviços destinados a esse público são uma tendência de bons negócios.

O aumento da independência do idoso e da preocupação com a qualidade de vida está criando espaço para o surgimento acelerado de ILPIs no município de São Paulo. Com o aumento do número de instituições a concorrência se torna mais acirrada e abre espaço para o surgimento de profissionais cada vez mais especializados como é o caso do administrador hoteleiro ou gestor em hospitalidade.

O papel do administrador em hospitalidade é muito amplo, pois ele é o responsável pela parte estrutural, administrativa e de operações do meio de hospedagem assim como pelo planejamento das AVDs e relacionadas ao lazer e recreação dos hóspedes interna e externa ao meio de hospedagem.

Quando entendemos um meio de hospedagem como um local onde a pessoa passará grande parte do seu tempo diário e realizara atividades como comer, dormir, realizar as necessidades básicas de higiene pessoal e de lazer, podemos incluir as instituições de longa permanência para idosos como um meio de hospedagem e assim enxergar a necessidade de um administrador hoteleiro ou de hospitalidade no planejamento e gestão dessas instituições.

Quando o gestor em hospitalidade tem o conhecimento sobre os riscos e fatores que levam a queda dos idosos, ele pode intervir para minimizar as variáveis e condições que levam as quedas, minimizando complicações na saúde do idoso.

No que diz respeito à atividade de planejamento das estruturas físicas da ILPI e das AVDs, o gestor em hospitalidade pode intervir, entre outras coisas, na

decoração da unidade habitacional e das áreas comuns da ILPI, minimizando pontos de risco de quedas e confusão visual; no padrão e operações dos serviços de hospitalidade oferecidos como arrumação de UH, lavanderia e planejamento físico e estrutural, minimizando pontos de risco para os idosos e equipes de saúde.

Profissionais de destaque na área de saúde geriátrica e gerontologia já enxergam o papel do gestor em hospitalidade de maneira tal que consideram a participação desses profissionais relevante nas reuniões interdisciplinares.

Com o conhecimento das variáveis envolvidas nos riscos de queda o gestor em hospitalidade proporciona ao idoso uma experiência mais tranquila nas suas tarefas diárias e de integração social, minimizando riscos de quedas e traumas e aumentando a qualidade de vida do idoso.

8. Referências Bibliográficas

1. Rebelatto JR; Castro AP; Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. *Acta Ortop Bras* 2007, 15(3): 151-154.
2. Gomes ECC; Marques APO; Leal MCC; Barros BP. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(8): 3543-3551.
3. Ferreira DCO; Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* 2010, 63(6): 991-7.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Último acesso em setembro de 2014.
5. Menezes RL; Bachion MM; Souza JT; Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011; 14(3): 485-496.
6. Ashburn A, Stack E, Ballinger C, Fazakarley L, Fitton C. The circumstances of falls among people with parkinson's disease and the use of falls diaries to facilitate reporting. *Disabil Rehabil* 2008; 30(16): 1205-12.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Queda em Idosos. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html. Último acesso em setembro de 2014.
8. Piovesan AC; Pivetta HMF; Peixoto JMB. Fatores que predispõem a queda em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011; 14(1): 75-83.
9. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):749-56.
10. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly peoples. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6): 2-7.
11. Rossini M, Mattarei A, Braga V, Viapiana O, Zambarda C, Benini C. Risk factors for hip fracture in elderly persons. *Reumatismo* 2010; 62(4): 273-82.

12. Freitas MAV, Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008;11(1):57-64.
13. Yamazaki ALS; Ferreira EG. Identificação dos fatores de risco relacionados a quedas em idosos inseridos na estratégia saúde da família. *Revista Saúde e Pesquisa* 2013; 6 (1): 93-9.
14. Gasparotto LPR; Falsarella GR; Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17(1): 201-9.
15. Granacher U, Gollhofer A, Hortobágyi T, Kressig RW, Muehlbauer T. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. *Sports Med* 2013; 43(7): 627-41.
16. Lima MRS.; Silva RM; Oliveira ME. Avaliação da acessibilidade de uma instituição de longa permanência para idosos no município de Teresina-Pi. *Rev Interd* 2014; 7(1): 34-40.
17. Menezes RL; Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4): 1209-1218.
18. Nicolussi AC; Fhon JRS; Santos CAV; Kusumota L; Marques S; Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 723-730.
19. Bizerra CDA, Gonçalves RF, Carmo AFS, Mendes RNC; Moura LA. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílio. *J. Res. Fundam. Care* 2014; 6(1): 203-12.
20. Soares WJS; Moraes SA; Ferriolli E; Perracini MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2014; 17(1): 49-60.
21. Fernandes JCFA; Carvalho RJM. Mapeamento da acessibilidade nas instituições de longa permanência para idosos da cidade de Natal-RN. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 31. 2011. Belo Horizonte.
22. Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR. Coordenação. Guia de geriatria e gerontologia. Barueri: Manole; 2005. p.193-208.
23. Santos SSC. Alterações estruturais numa instituição de longa permanência para idosos visando prevenção de quedas *Rev Rene* 2011; 12(4): 790-97.

24. Marques M; Pinheiro MT. A Influência da Qualidade da Hotelaria Hospitalar na Contribuição da Atividade Curativa do Paciente. Revista Anagrama 2009; 2(3): 1-15.
25. Butuhy JC. Administração de meios de hospedagem. Editora IPEC. São Paulo, 2001, XXXp.
26. Castelli G. Gestão hoteleira. Editora Saraiva, 2006, 1ª edição. 586p.
27. Petrocchi M. Hotelaria: Planejamento e gestão. 2007, 2ª edição. Editora Pretince-hall. 200p.
28. Rodrigues CL; Fernandes A; Armond JE; Gorios C. Fatores associados à queda em idosos atendidos em hospital da região sul da cidade de São Paulo. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2013; 11(36):14-19.
29. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. Rev Baiana de Saúde Pública 2005; 29: 57-68.
30. Duarte YAO. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. Bol Inst Saúde 2009; (47): 49-52.
31. Costa ICP; Lopes MEL; Andrade CG; Souto MC; Costa KC; Zaccara AAL. Fatores de Risco de Quedas em Idosos: Produção Científica em Periódicos On-line no Âmbito da Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2012; 16 (3):445-452.
32. Cruz DT; Ribeiro LC; Vieira MT; Teixeira MTB; Bastos RR; Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev Saúde Pública 2012; 46(1): 138-46.
33. Lojudice DC. Queda de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.
34. Coutinho ESF; Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2002; 18(5):1359-1366.
35. Kikuch ED; Bispo NNC. Fatores associados a quedas durante a utilização de escadas por idosos institucionalizados. Cient. Ciênc. Biol. Saúde 2010; 12(2): 45-50.
36. Agência Nacional de Vigilância à Saúde – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.

http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/RES_283.pdf. Último acesso em outubro de 2014.

37. Álvares LM; Lima RC; Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2010; 26(1):31-40.
38. Pereira AA; Ceolim MF; Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2013; 29(3):535-546.
39. Silva BT; Barlem ELD; Lunardi VL; Santos ssc. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. Cienc. Cuid. Saude 2008; 7(2):256-261.