RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS FONSECA

PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS: ADESÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestra em Ciências, Programa de
Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Tecnologia e
Inovação em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em
Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Matumoto

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fonseca, Renata Francielle Melo dos Reis

PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS: ADESÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA. Ribeirão Preto, 2018.

162 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Silvia Matumoto

1. Idoso. 2. Acidentes por Quedas. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Cooperação do Paciente.

FONSECA, Renata Francielle Melo dos Reis

PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS: ADESÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, por me dar a chance e a força para prosseguir.

Agradeço ao meu esposo, Ricardo, que sempre me incentivou, a despeito das dificuldades, me fortaleceu e segurou as pontas para que eu conseguisse realizar esse feito.

Agradeço aos meus pais por encorajar e providenciar recursos quando precisei.

Agradeço aos meus filhos, Rafael e Riane, que sem saber, me motivaram pra sempre buscar algo melhor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, que me deu essa oportunidade, me incitou desde o primeiro encontro e me exortou quando precisei, com muito respeito e competência.

À prof. Dra. Adriana Mafra e ao Dr. Joab Xavier que voluntariamente me auxiliaram na realização deste trabalho.

Fonseca, RFMR. Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

RESUMO

A complexidade da assistência proveniente o envelhecimento populacional e adesão às ações preventivas dos idosos da comunidade são um desafio para a Atenção Primária. As quedas para este segmento populacional representam um problema de saúde pública e uma ameaça à capacidade funcional, qualidade de vida, preservação da autonomia e independência dos idosos. O interesse surgiu quando, em experiência pessoal no trabalho no setor de urgência, observou-se o elevado número de idosos que sofreram queda. Assim, o estudo estabeleceu como objetivo elaborar um instrumento para auxiliar os trabalhadores de saúde no incremento na adesão de idosos às recomendações de prevenção de quedas. Fundamenta-se esta pesquisa com o referencial do Envelhecimento Saudável para direcionar a atenção à saúde do idoso. Estudo metodológico que se constituiu de revisão de literatura para amparar o referencial sobre o tema, da análise documental a fim de identificar o tema de quedas nas políticas públicas brasileiras e do grupo focal para avaliar o manejo para a prevenção de quedas nos idosos da comunidade abordadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária. Identificou-se a relevância do tema quedas por meio da revisão de literatura, a descrição dos fatores de risco associados e um esquadramento sobre adesão em idosos. Ao avaliar e caracterizar as publicações oficiais sobre as quedas averiguaram-se lacunas quanto ao tema. O grupo focal indicou a realidade do envelhecimento no cotidiano do serviço, abordou as consequências do evento das quedas e apontou as dificuldades para adesão dos idosos. Os dados subsidiaram a elaboração de um instrumento com o propósito de auxiliar a equipe da Atenção Primária a incentivar a adoção de ações preventivas de quedas pelos idosos. A Atenção Primária precisa se embasar para promover a saúde dos idosos e prover um Envelhecimento Saudável. Há necessidade de intervenções para que as políticas se efetivem em ações junto aos idosos no âmbito da saúde e outros setores da sociedade, para prevenção e tratamento dos agravos provocados por quedas, assim como para promover autonomia e inserção social em defesa da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Acidentes por Quedas. Atenção Primária à Saúde. Cooperação do Paciente.

Fonseca. RFMR. Prevention of falls in the elderly: adherence to primary health care [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

ABSTRACT

The complexity of care provided for the aging population and adherence to the preventive actions of the elderly in the community is a challenge for Primary Health Care. The falls in this population segment represents a public health problem and a threat to the functional capacity, quality of life, the preservation of autonomy and independence of the older people. The interest came when, in personal experience at work in the emergency sector, the high number of elderly people who suffered a fall was observed. Thus, the study aimed to develop an instrument to assist health workers in the adherence of the elderly to recommendations for falls prevention. This research is based Healthy Aging to direct attention to the health of the elderly. A methodological study that consisted of a Literature Review to support the reference on the subject, from the Documentary Analysis in order to identify the topic of falls in Brazilian public policies and the Focus Group to evaluate the management for the prevention of falls in elderly community members addressed by health workers in Primary Care. It was identified the relevance of the falls theme through a literature review, the description of the associated risk factors and scanning about adherence in the aged. In evaluating and characterizing the official publications on the falls, there were gaps in the subject. The focus group indicated the reality of aging in the daily life of the service of health, addressed the consequences of the fall event and pointed out the difficulties for elderly people to join. The instrument generated has the purpose of helping the Primary Health Care team to encourage the adoption of preventive actions by the older people. Primary Care needs to be grounded to promote the health of elderly and provide Healthy Aging. There is a need for interventions to ensure that policies are implemented in the elderly, in health and other sectors of society, to prevent and treat injuries caused by falls, as well as to promote autonomy and social inclusion in defense of citizenship.

KEY WORDS: Aged. Accidental Falls. Primary Health Care. Patient Compliance.

Fonseca. RFMR. Prevención de caídas en el anciano: adherencia a la atención primaria [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

RESUMÉN

La complejidad de la asistencia proveniente del envejecimiento poblacional y la adhesión a las acciones preventivas de los ancianos de la comunidad es un desafío para la Atención Primaria. Las caídas para este segmento de población representan un problema de salud pública y una amenaza a la capacidad funcional, calidad de vida, la preservación de la autonomía e independencia de los ancianos. El interés surgió cuando, en experiencia personal en el trabajo en el sector de urgencia, se observó el elevado número de ancianos que sufrieron caída. Así, el estudio estableció como objetivo elaborar un instrumento para auxiliar los trabajadores de salud en la adhesión de ancianos a las recomendaciones de prevención de caídas. Se fundamenta esta investigación con el ideal del Envejecimiento saludable para dirigir la atención a la salud del anciano. Estudio metodológico que se constituyó de Revisión de Literatura para amparar el referencial sobre el tema del Análisis Documental a fin de identificar el tema de caídas en las políticas públicas brasileñas y del Grupo Focal para evaluar el manejo para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad abordadas por los Agentes Comunitarios en la Atención Primaria. Se identificó la relevancia del tema caídas por medio de la revisión de literatura, la descripción de los factores de riesgo asociados y un escrutinamiento sobre adhesión en ancianos. Al evaluar y caracterizar las publicaciones oficiales sobre las caídas se averiguaron lagunas en el tema. El grupo focal indicó la realidad del envejecimiento en el cotidiano del servicio, abordó las consecuencias del evento de las caídas y apuntó las dificultades para la adhesión de los ancianos. Los datos subsidiaron la elaboración de un instrumento con el propósito de auxiliar al equipo de la Atención Primaria a incentivar la adopción de acciones preventivas de caídas por los ancianos. La Atención Primaria necesita basarse para promover la salud de los ancianos y proveer un Envejecimiento saludable. Hay necesidad de intervenciones para que las políticas se efectúen en acciones junto a los ancianos en el ámbito de la salud y otros sectores de la sociedad, para prevención y tratamiento de los agravios provocados por caídas, así como para promover autonomía e inserción social en defensa de la ciudadanía.

PALABRAS-CLAVE: Anciano; Accidentes por Caídas; Atención Primaria de Salud; Cooperación del Paciente

LISTAS FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da seleção das publicações para Revisão de Literatura	30
Figura 2 - Fluxograma da busca de documentos oficiais relativos aos idosos	32
Figura 3 - Distribuição do número de publicações conforme órgão e Ano.....	50

LISTA TABELAS

Tabela 1- Apresentação dos resultados das buscas conforme base de dados e respectivos	
Descritores	29
Tabela 2 - Caracterização dos participantes do Grupo Focal	38
Tabela 3 - Análise dos discursos dos participantes do Grupo focal a partir das palavras-chave,	
Unidades de Significado e Tema para discussão	40
Tabela 4 - Relação de documentos incluídos conforme nomenclatura da legislação, objetivo	
descrito da legislação e a citação ABNT	45
Tabela 5 - Relação das normas legais conforme característica do documento, público alvo e	
especificidade do tema.....	51
Tabela 6 - Descrição dos temas de análise nos documentos da Análise Documental....	53
Tabela 7 - Fatores de risco, classificados de acordo com o peso da evidência, além da	
classificação de acordo com o tipo de queda.....	64

SUMÁRIO

RESUMO	6
---------------------	----------

1 INTRODUÇÃO	14
JUSTIFICATIVA	20
2 OBJETIVO GERAL	22
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	24
4 MATERIAL E MÉTODO	27
4.1 ESTRUTURAÇÃO CONCEITUAL	27
4.1.1 Revisão de Literatura	27
4.1.2 Análise Documental	31
4.2 GRUPO FOCAL	34
4.2.1 Local de Estudo	35
4.2.2 Cenário da Unidade	35
4.2.3 A coleta de Dados	36
4.2.4 O ambiente	37
4.2.5 Os participantes	37
4.2.6 O roteiro	38
4.2.7 Análise	38
4.2.8 Aspectos Éticos	41
4.3 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	44
5.2 QUEDA	55
5.2.1 Fatores de risco para quedas	58
5.2.1.1 Comportamentos de Risco	66
5.3 ADESAO	74
5.3.1 Dimensões	78
5.4 INTERVENÇÕES SOBRE QUEDAS E SUA PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	91
6 INSTRUMENTO	129
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
8 REFERENCIAS	136
9 APÊNDICES E ANEXOS	156
APÊNDICE A –	157
APÊNDICE B –	158
APÊNDICE C	159

ANEXO I –	161
ANEXO II –	162

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é inevitável a todo o ser humano, sendo parte do ciclo vital, que caracteriza-se por “processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais”, onde ocorre o decréscimo paulatino das capacidades e habilidades (FECHINE;TROMPIERI, 2012, p.108).

O envelhecimento é um fenômeno vertiginoso mundialmente. Epidemiologicamente, entre 1975 e 2025, espera-se um crescimento de 223%. Estima-se que para 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas com 65 anos ou mais, sendo que cerca de 80% vivendo nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013a).

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou geração, mas à mudança da estrutura etária da população. De acordo com definição das Nações Unidas, um país que possui mais de 10% da população com 60 anos de idade ou mais, já é considerado uma sociedade envelhecida. Este processo é assinalado pela ampliação do número de pessoas idosas proporcionalmente mais elevado em relação aos demais segmentos etários, coadunado pelo prolongamento da expectativa de vida e permeado por transformações demográficas (UNITED NATIONS, 2015; CRUZ;CAETANO;LEITE, 2010).

Conceitua-se a transição demográfica com a remodelação dos indicadores populacionais onde se verifica a redução das taxas de mortalidade, fecundidade e natalidade (LEBRÃO, 2009). E, dado a sua correlação, acarreta-se conjuntamente a transição epidemiológica a qual “caracteriza-se por mudanças nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez de uma população” (REIS et al., 2015, p. 9).

Há poucas décadas, o envelhecimento era recorrente apenas em países desenvolvidos, pois nove entre os dez países com maior proporção de idosos pertenciam a Europa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015a). Nestes países, a transição demográfica ocorreu lentamente, de forma sustentada iniciando-se pela redução da taxa da fecundidade, decorrente da Revolução Industrial. Concomitantemente, melhores condições de vida, condições habitacionais, de saneamento, nutrição, de saúde, em especial pelo uso de antibióticos e vacinas, desenvolvimento social e renda, trouxeram um aumento na expectativa de vida e longevidade da população (NASRI, 2008).

Nos países em desenvolvimento, em especial no Brasil, o envelhecimento foi de forma abrupta. A partir das décadas de 40 e 50, o Brasil experimentou uma redução importante das taxas de mortalidade, mas manteve-se com altas taxas de fecundidade, o que resultou em um país com uma população quase-estável jovem de rápido crescimento (CARVALHO;GARCIA, 2003; CARVALHO;RODRIGUES;WONG, 2008). Mas a partir da segunda metade da década de 60, inicia-se rápido e generalizado declínio da fecundidade, assim como na maioria dos países da América Latina e em desenvolvimento. Mais acentuadamente, a partir das décadas de 70 e 80, houve uma redução de 30% nas taxas de fecundidade em todo o país e 60% entre 1970 e 2000. (WONG;CARVALHO, 2006).

Dados mundiais da Organização Mundial de Saúde, explicam que nos últimos censos, 12% da população mundial é idosa, variando entre 1 a 32% de prevalência entre os diversos países. Na região européia, a média é de 21% e na região da Américas de 14% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015a).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, volume 3, publicado em 2015 apresenta que as pessoas com idade de 60 anos ou mais, já são mais de 13% da população. Na série estatística elaborada e revista pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, a projeção é de 29,75% da população em 2050 tenha 60 anos ou mais, tornando-se o sexto país do mundo com maior número absoluto de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; CHENA et al, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

De forma similar, os países em desenvolvimento têm experimentado esse avolumamento de idosos de forma mais ou menos intensa (KUCHEMANN, 2012). Embora, o envelhecimento seja um triunfo e indique a longevidade da população, a partir do século XX, em todos os países, a qualidade de vida e as condições de saúde variam muito entre os diferentes países de acordo com os contextos históricos e socioeconômicos.

Acompanhando a transição demográfica, no Brasil, houve a transformação da sociedade rural para uma sociedade urbana e moderna rapidamente, que orientou alterações nos arranjos familiares, nos papéis sociais, entre outros (DUARTE;BARRETO, 2012). Assim ocorreu uma significativa modificação no processo de urbanização e no padrão demográfico de forma desestruturada, sem distribuição de renda, com desigualdades socioeconômicas e geográficas extremas, bem

como uma carência de recursos públicos para atender à nova demanda (BRITO et al., 2013; MELO et al., 2017).

Diante desse quadro, o fenômeno do envelhecimento traz implicações para reestruturação, em todos os setores da sociedade como trabalho e mercados financeiros, comunidade, bens e serviços, saúde, proteção social e está prestes a se tornar uma das maiores transformações sociais do século XXI (FITZGERALD, 2015).

Particularmente quanto à saúde, o envelhecimento populacional é ímprobo ao sistema e é um dos principais temas de pesquisa para o futuro, dado a previsibilidade, inevitabilidade e repercussão quanto à organização da rede e capacidade de atendimento do sistema ofertado (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Em poucas décadas, o perfil de saúde foi alterado de doenças agudas e infecciosas para um estado com preponderância de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e suas complicações onerosas. Entretanto no Brasil, estas alterações não ocorreram em um período demarcado, mas numa justaposição desses perfis epidemiológicos, principalmente ao considerarem-se as diferenças regionais imensas (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Impõe-se a um país tão diversificado, a consolidação de um sistema de saúde que consiga viabilizar a oferta adequada de serviços de saúde para assistência, prevenção, promoção de saúde, domiciliares e reabilitadores a esta parcela da população. A principal causa de mortalidade entre os idosos são doenças cardíacas, câncer, doenças pulmonares crônicas, acidentes vasculares cerebrais, demências e acidentes (HALAWEISH; ALAM, 2015). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010a) demonstram, por inquéritos populacionais, que 80% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica.

Verifica-se à vista disso que no envelhecimento há prevalência da morbimortalidade associada às doenças crônicas não-transmissíveis. Estas são definidas como “doenças multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida e são de longa duração” (LUIZ-SILVA et al., 2017, p. 94).

Portanto, é imprescindível que o modelo assistencial seja talhado para atender assistencialmente a todos os que necessitam de cuidados em todos os níveis de atenção, tal como empreender a prevenção e promoção de saúde. Esta estratégia objetiva também a relação do contexto social e ambiental com a saúde do indivíduo, no intuito de evitar a alta incidência e a redução das complicações provenientes das doenças crônicas não transmissíveis (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; BRITO et al., 2013).

Nos idosos, as mudanças nas condições de saúde não são lineares ou consistentes. Embora muitos mecanismos ligados ao envelhecimento sejam aleatórios, estes são intrinsicamente ligados ao ambiente e ao comportamento em saúde do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Embora o declínio das funções fisiológicas ocasionadas pelo processo do envelhecimento seja irreversível, não necessariamente resultará em incapacidade. Os idosos são o grupo etário mais vulnerável às doenças crônicas não transmissíveis consequentemente a diminuição da capacidade funcional e que gera reduções da qualidade de vida.

A capacidade funcional é entendida como as habilidades físicas e mentais, permitindo a pessoa realizar as atividades diárias e manter sua autonomia e independência (BERLEZI et al., 2016). Importante salientar que a autonomia é compreendida como o estado pessoal para tomar decisões quanto ao seu viver observando seus valores e predileções. Enquanto a independência é a capacidade de viver e executar as funções cotidianas, sendo que esta depende das condições cognitivas e motoras do idoso (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2016). A dependência é a carência de outros para a execução de ações básicas (BRITO et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde ao definir o envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento pontua que a manutenção da capacidade funcional é o que possibilita o bem-estar na velhice (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Dado a sua importância, a capacidade funcional é o que orienta a atenção à saúde do idoso atualmente, permeando a mudança de paradigma adequada aos cuidados no envelhecimento. A velhice vulnerabiliza o idoso à medida que evolui e torna propício um agregado de manifestações características devido ao comprometimento sobre a funcionalidade que impactam sobremaneira a independência (BRASIL, 2014; ARREGUY-SENA et al., 2016).

Estas alterações são constituídas pelas síndromes geriátricas. Estas compreendem complexos problemas que acompanham as disposições fisiológicas do envelhecimento. Elas representam a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinências esfincterianas e incapacidade comunicativa (ARREGUY-SENA et al., 2016).

A queda é uma condição que representa as síndromes geriátricas, conforme os critérios: (1) é fruto de déficit físico e cognitivo frequentes entre os idosos; (2) o mais

frequente resultado da coexistência de múltiplos fatores de risco; (3) o evento com o maior número de fatores de risco presentes; (4) a avaliação dos fatores de risco e a redução do número de quedas proveniente de intervenções em saúde (BESDINE; WETLE, 2010).

Dentre essas condições que podem trazer as incapacidades físicas e mentais, a queda se constitui atualmente um problema de saúde pública devido a sua magnitude e transcendência para esta população e ao alto impacto que este evento acarreta à saúde desta faixa etária (PEREIRA et al., 2013; PINHO et al., 2012).

A queda é conceituada como um “contato não intencional com a superfície de apoio, decorrente da mudança da posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial” (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2010).

A cada ano, estima-se que 35-40% de idosos aposentados residentes na comunidade caem (MACHADO et al., 2015). Pesquisa realizada em diversos países da América Latina e também no Brasil demonstra que um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda por ano (CHAIMOWICZ, 2013).

As quedas são a causa mais frequente de atendimentos de emergência aos idosos no continente americano. Um em cada três indivíduos com 65 anos ou mais e um em cada dois com 80 anos ou mais caem anualmente nos Estados Unidos (BESDINE; WETLE, 2010; CHILD et al., 2012).

No Brasil, estudo transversal aponta que 25,6% das mulheres idosas sofrem quedas recorrentes em São Paulo (PINHEIRO et al., 2010). Outro estudo realizado em 2012 verifica a presença de 26,8% de uma ou mais quedas em idosos (FHON et al., 2013). Um estudo nacional realizado no ano de 2011 com 6.616 idosos de 23 estados verificou de 27,6% dos idosos sofreram quedas (SIQUEIRA, 2011). Cruz et al (2012), também verificou uma prevalência de 32,1% de quedas no ano anterior à pesquisa .

As quedas, quanto as suas consequências, podem causar danos, deficiências e mortes. Suas implicações também incidem sobre a família, os cuidadores, as instituições de saúde, a comunidade e o governo (SHERRINGTON et al., 2016).

A redução da prevalência de quedas é um desafio da saúde pública que envolve a identificação e controle dos fatores de risco, assim como a implementação de medidas preventivas. A Organização Mundial da Saúde indica que a adesão ao regime terapêutico ou às ações de prevenção na população está em 50% nos países desenvolvidos e em até 26% nos países em desenvolvimento, o que se aplica

similarmente quanto à prevenção de quedas nos idosos da comunidade (BAIXINHO;DIXE, 2016; CHILD et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Portanto, o envelhecimento populacional exige da Saúde Pública uma resposta abrangente para abordar suas necessidades urgentemente e não somente atendimentos pontuais, pois as mudanças que influenciam o envelhecer são complexas e heterogêneas. No Brasil, esta complicada tarefa de atendimento assistencial, da promoção da saúde e do incentivo à adesão dos idosos em ações preventivas é desempenhada pela Atenção Primária. Esta é definida como um conjunto de ações em saúde que abrange a promoção e a proteção de saúde de forma integral, descentralizada e que impacte na autonomia, situação, determinantes e condicionantes em saúde do indivíduo e da coletividade. Esta política adotou como modelo de atenção a saúde a Estratégia em Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Este modelo ao se propor romper com a lógica biomédica e curativa passa a prevenir agravos, disponibilizando cuidados integrais contínuos com equipe multidisciplinar e promoção de saúde considerando o idoso como protagonista de sua história e um ser holístico observando-o em todos os aspectos biopsicossociais. A Estratégia de Saúde da Família objetiva desenvolver o cuidado por meio de práticas de tecnologias variadas de acordo com as demandas de maior frequência e relevância do território (BRASIL, 2012). Estrutura-se em práticas clínicas norteadas por eixos de atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a competência e a orientação familiar e comunitária (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Quanto à saúde da pessoa idosa o planejamento neste nível de atenção tem em seu desígnio não somente a assistência às perdas fisiológicas associadas à idade, mas também a assistência para melhoria da qualidade de vida e bem-estar, acesso aos cuidados para o reforço e manutenção da capacidade funcional e crescimento psicossocial do indivíduo e família (TOLEDO et al., 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Ponderando sobre a magnitude das quedas e suas implicações deletérias ao idoso, e, considerando que a Atenção Primária é a estratégia ideal no fornecimento de uma prevenção adequada para a redução das quedas, objetiva-se com a pesquisa discutir e contribuir com formas de promover a prevenção de quedas entre os idosos assistidos pela Atenção Primária.

JUSTIFICATIVA

Durante a minha trajetória profissional, pude verificar que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, devido às características sociais, culturais e até mesmo do modelo assistencial, o envelhecimento, nos últimos anos, tem sido evidenciado na utilização dos serviços de saúde por esse segmento populacional.

Nos últimos anos, por meio do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009) e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011), o Ministério da Saúde demonstrou uma preocupação com essa parcela significativa da população que tem adicionado a atenção à saúde um novo desafio por agregar ao modelo de atenção a necessidade de reestruturação dos cuidados em saúde pelas doenças crônicas não transmissíveis e peculiaridades dessa faixa etária, como as providências quanto à prevenção, reabilitação, dependência, redução de iatrogenias e outros.

Surgiu o interesse por averiguar como é a incorporação pelos idosos quanto à prevenção de quedas, devido às particularidades desta faixa etária e pelo impacto que as quedas têm sobre a saúde destes na esfera biopsicossocial e que deve ser combatido de todas as formas.

Assim, a elaboração de uma ferramenta que pudesse ser utilizada e ainda trouxesse a possibilidade de auxiliar o profissional de saúde a trabalhar com o idoso de forma efetiva para a redução de ocorrência de quedas foi a grande motivação para o estudo. O instrumento proposto é uma tentativa de auxiliar aos que lidam diariamente com os idosos. É fruto de extenso levantamento, averiguação e contextualização dos construtos que constituem para a compreensão da dimensão do fenômeno. A contribuição do instrumento é desintetizar os conhecimentos aos profissionais de saúde da atenção primária para que utilizem de forma prática na assistência à população.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVO GERAL

Elaborar um instrumento para auxiliar os trabalhadores da Atenção Primária no incremento da adesão de idosos às recomendações de prevenção de quedas.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os fatores que facilitam e dificultam a adesão dos idosos às recomendações de atitudes protetoras;
- Identificar comportamentos de risco para quedas em idosos;
- Analisar como o tema das quedas é abordado nas publicações da legislação brasileira.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O envelhecimento ou aumento da expectativa de vida como fenômeno, nem sempre é sinônimo de vida melhor. No século XX, a vida era enquadrada sob uma concepção rígida, onde a velhice era negligenciada por simbolizar apenas os anos posteriores à aposentadoria, já que o indivíduo era regulado pelo trabalho na vida adulta. Atualmente, o prisma sobre o envelhecimento modificou-se, pois acarretando em maior expectativa de vida, os idosos têm planejado e realizado outras atividades de aspectos culturais, acadêmicos, de lazer e familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b; VILELA; CARVALHO; ARAUJO, 2006).

Para desfrutar desses anos e da amplitude de oportunidades nesta fase da vida é fundamental a manutenção da saúde. As conceituações atuais pressupõem que os fatores externos e variáveis sócio-demográficas como escolaridade, gênero e renda desempenham importante impacto quanto a forma de envelhecer (OLIVEIRA; WITTER; LIMONGELLI, 2013).

Além disso, a saúde no envelhecer é resultado dos cuidados, das políticas públicas que permeiam o ambiente físico, social e os recursos que influenciam na trajetória do indivíduo ao longo da vida, e quanto à promoção e prevenção de saúde ou a ausência destas. Portanto, o envelhecimento não implica em doenças e dependência. Muitas doenças ou prejuízos encontrados hoje em idosos frequentemente podem ser prevenidos ou retardados por meio de comportamentos saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) define o Comportamento em Saúde como qualquer atividade realizada pelo indivíduo ou grupo, independente da situação real ou percebida de saúde com o propósito de promoção, proteção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja eficaz ou não. Agregam ao comportamento em saúde fatores dos quais o empenho ou as influências que possam auxiliá-la ou prejudicá-la serão manifestados por ações a ela relacionadas e por suas consequências no estado geral de saúde (HAYDEN, 2014).

Os comportamentos em saúde podem ser incorporados pelo indivíduo em qualquer fase da vida, pois a adoção de hábitos saudáveis e preventivos trazem benefícios a todos, mesmo em idades mais avançadas. Nos idosos, a prevenção pode não ter mais a função de prevenção precoce de doenças crônicas, mas viabiliza redução da progressão de doenças crônicas, a melhora do bem-estar e aumento da expectativa de vida. Além disso, a adoção de comportamentos em saúde garante a qualidade de vida e

a vicissitude da contribuição do idoso na sociedade. Por estes motivos, os comportamentos em saúde têm sido cada vez mais estudados tendo em vista a crescente relevância do envelhecimento (BANERJEE;PURI, 2017; LIMA-COSTA, 2009).

Diferentes conceitos são utilizados para definir a meta da saúde para o envelhecimento. O Modelo de Envelhecimento Bem-sucedido é definido como a habilidade de manter três componentes: menor probabilidade de doenças; alta capacidade funcional física e mental; e engajamento social ativo. O termo do Envelhecimento Ativo, adotado pela Organização Mundial da Saúde em 2005, se adequa melhor ao processo de uma experiência de vida positiva determinada não apenas por ausência de doenças. Dessa forma, a definição de Envelhecimento Ativo é o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas se tornam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p.13).

No entanto, o termo Envelhecimento Saudável é o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b, p. 228). Este conceito não nivela um limiar quanto à saúde, pois afirma que é um processo variável de acordo com cada idoso conforme suas experiências e recursos, que abrange a dicotomia saúde-doença na esfera biomédica, e a capacidade de manutenção das atividades mentais e sociais dentro da esfera psicossocial (OLIVEIRA; WITTER; LIMONGELLI, 2013).

Embora estes termos sejam utilizados, por vezes, de forma intercambiável, o envelhecimento saudável “é caracterizado como um conceito multidimensional, abrangendo a prevenção de doenças e incapacidades, manutenção das funções físicas e o envolvimento sustentado por atividades sociais e produtivas” (PEEL; BARTLETT;MCCLURE, 2007, p. 162).

Portanto, este conceito abrangente foi adotado como referencial nesta pesquisa pois torna-se possível não somente porque pela prevenção de quedas há a redução dos efeitos deletérios como a redução da mobilidade e as alterações psicossociais (CRUZ et al., 2015;LOPES;DIAS, 2010), mas também porque a prevenção de quedas abrange a adesão a comportamentos em saúde que preservam as capacidades funcionais, a independência e a qualidade de vida que são os objetivos prioritários quando se deseja obter um envelhecimentos saudável.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo do tipo metodológico, que se reporta às investigações quanto aos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, ponderando sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, com a finalidade de elaboração e construção de instrumentos ou medidas confiáveis, precisas e replicáveis por outros pesquisadores (POLIT; BECK. HUNGLER, 2011).

A metodologia para construção de um instrumento foi realizada por um processo sistemático de desenvolvimento: estruturação conceitual, definição dos objetivos e da população-alvo, construção dos itens, seleção e organização dos itens, estruturação do instrumento, validação e pré-teste (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para a realização deste estudo a fase de validação e pré-teste não foram viabilizadas em razão do tempo.

A primeira etapa constituiu a revisão de literatura, que fortaleceu o referencial teórico do estudo e auxiliou na definição dos objetivos do instrumento a ser elaborado.

Além da revisão da literatura, para a elaboração do instrumento e para averiguar lacunas sobre o assunto, ainda na estruturação conceitual foi realizada Análise Documental das políticas públicas brasileiras voltadas para os idosos e como o tema quedas é abordado.

Utilizou-se a técnica de grupo focal para abordar a população-alvo, trabalhadores de saúde que realizam ações de prevenção de quedas em idosos na comunidade, contando com a experiência destes como fonte de informações para identificar itens para compor o instrumento.

A segunda etapa constituiu-se da elaboração do instrumento.

4.1 ESTRUTURAÇÃO CONCEITUAL

4.1.1 Revisão de Literatura

A revisão de literatura traz proximidade do pesquisador com o estado da arte do tema de interesse, com as lacunas de conhecimento, com opiniões divergentes, auxilia na definição de objetos de investigação, identifica intervenções e validação realizadas por pesquisas primárias e auxilia na busca de avanços e limites (CIRIBELLI, 2003).

Nesta primeira etapa, diante de todo o material relativo ao tema, realizou-se uma triagem de referências, por meio de leitura superficial do material coletado para análise.

Esta primeira etapa forneceu um histórico para a compreensão do fenômeno a ser estudado, estabeleceu a relação entre os dados encontrados e o problema de pesquisa proposto e esclareceu o significado do estudo para a temática (POLIT; BECK, HUNGLER, 2011).

Na etapa de seleção, buscou-se pelo material de forma sistemática, clara, abrangente e o mais completa possível, visando o potencial de reprodução característico de uma boa revisão, a fim de alcançar um estado fidedigno das evidências presentes nacional e internacionalmente (CIRIBELLI, 2003).

A pergunta orientadora da busca bibliográfica foi: qual a adesão dos idosos da comunidade para a prevenção de quedas?

Para responde-la, elegeu-se as bases de dados: National Library of Medicine (MedLine/PubMed), Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e SCOPUS. Também pesquisou-se nas bibliotecas eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram pesquisados publicações nos idiomas: inglês, português e espanhol. A limitação de tempo na pesquisa foi o período entre os anos 2000 a 2017.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão publicações com foco na população idosa, que abordassem discussão sobre adesão nesta faixa etária, quedas e fatores de risco, programas de prevenção de quedas na atenção primária com intervenções de diversas abordagens, comunicações/educação em saúde para promoção da adesão em idosos. Não estabeleceu-se filtro quanto ao tipo de publicação, o que possibilitou a inclusão de artigos, teses e dissertações e publicação diversas identificadas nas bases escolhidas.

Os trabalhos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos publicados, cujos resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1- Resultados das buscas segundo a base de dados e respectivos Descritores

Base de dados/Biblioteca Eletrônica	Descritores	Resultado
Web of Science [MesH Terms]	<i>“Old or Aged or Elderly” AND “Fall or accidental falls” AND “Patient Compliance OR adherence patient” AND “Primary Health Care”</i>	94
Cinahl [Títulos Cinahl]	<i>" Older OR Aged OR elderly" AND NOT "hip protectors utilization" AND "Falls or accidental falls" AND “Patient Compliance OR adherence patient” " AND "community living" AND "primary health care" AND "behavior modification in older age" AND NOT "nursing care" AND NOT "hospital"</i>	195
Pubmed/ MedLine [MesH Terms]	<i>“Older OR Aged OR elderly” AND “Patient Compliance OR adherence patient” AND "Falls or accidental falls" AND “primary health care” AND NOT “ adolescent OR child”</i>	130
Lilacs [descriptor Decs]	<i>“Older OR Aged OR elderly” AND "Falls or accidental falls" AND “primary health care”</i>	18
Scielo [descriptor Decs]	<i>“ Idosos” AND “Quedas”</i>	391

Após a seleção inicial do material, foi realizada a primeira leitura e fichamento (Apêndice A). O fichamento de apontamentos foi composto por informações das obras e um resumo indicativo sobre o tema em cada pesquisa selecionada. Tal movimento facilitou ao pesquisador o manejo dos trabalhos lidos, a integração temática para discussão e o encontro das partes relevantes de todos os estudos selecionados. Também foi necessário interpretar as ideias fundamentais dos autores e realizar uma primeira crítica das pesquisas relevantes (CIRIBELLI, 2003). O fichamento constou informações do autor, título, revista e ano, delineamento da pesquisa, coleta de dados, intervenções utilizadas, resultados, população da amostra, local da pesquisa, limitações e observações. Uma síntese da revisão segue apresentada na figura 1:

Figura 1- Fluxograma da seleção das publicações para Revisão de Literatura

A etapa de análise e síntese consistiu primeiramente da leitura analítica das informações contidas nos estudos selecionados, na busca de informações que envolviam a constatação de inconsistências e recorrências nos estudos, referências, potenciais de generalização, evidências sobre o tema, estruturação teórica das pesquisas e a geração de intervenções que colaborassem para a elaboração do instrumento. A leitura interpretativa, que ocorreu concomitantemente à analítica e à síntese, permitiu o alcance de resultados mais amplos a partir da relação entre os conteúdos e significação dos

dados, teorias e modelos avaliados, constituindo um quadro abrangente e coerente do tema abordado (POLIT;BECK;HUNGLER,2011; GIL, 2011).

4.1.2 Análise Documental

A análise documental é definida como um método de investigação que se estende das áreas sociais, históricas, da saúde, dentre outras, com diversas concepções epistemológicas e filosóficas na escolha dos documentos e sua interpretação. A metodologia é utilizada tanto em abordagens qualitativas quanto quantitativas. (SILVA et al., 2009).

Com a meta de complementar-se o objetivo geral desta pesquisa, justifica-se o uso da análise documental conjuntamente com outros métodos, pois permite o confronto e comparações entre os achados do pesquisador na literatura e o registro dos documentos, uma fonte paralela de informações e a contextualização do tema, tendo em vista que documento define-se como uma declaração ou registro escrito de caráter comprovatório, ou seja, com capacidade de provar, elucidar, instruir, comprovar a veracidade ou evidência científica de um fato, acontecimento ou teoria (MICHAELIS, 2016).

A análise viabilizou apresentar a diferença entre o registrado e suas próprias observações, tornando a análise de conteúdo um importante instrumento e chegando a amplas generalizações. A análise visou por meio de uma atividade sistemática e metódica, fragmentar o documento, decompondo-o em elementos simples para síntese, recordando o método cartesiano. O conhecimento interno, a verificação do conteúdo quanto ao objeto temático a partir de conceitos e elementos constituintes do documento se tornaram expostos mediante esta técnica (MAY, 2004; NASCIMENTO, 2009).

Os documentos não falam por si, dessa forma, na utilização destes, a temática relativa e as tecnicidades que cercam o modelo de análise documental, foram estabelecidos quanto aos problemas de relevância, alcance e relações entre os eventos (MAY, 2004). Reconheceu-se que os documentos foram meios através dos quais expressa-se o poder social da participação popular e a resposta do poder público.

Dessa forma, contemplou-se como objetivo desta análise o reflexo da realidade das políticas públicas nacionais sobre o-envelhecimento e perante a demanda, gravidade e dimensão das quedas dos idosos na saúde coletiva.

As fontes incluíram documentos públicos abertos publicados como legislações, declarações e estatísticas oficiais, manuais de referência e relatórios de órgãos governamentais, compreendendo agências governamentais no âmbito da União Federativa e do Estado de São Paulo.

A busca por documentos foi realizada em: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Ministério da Saúde, Estado de São Paulo, Palácio do Planalto, Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. O descritor utilizado foi: “idoso” ; “envelhecimento”.

A Figura 2 apresenta síntese do quantitativo de publicações oficiais encontradas, que após seleção, 14 foram incluídos para a análise.

Figura 2 - Fluxograma da busca de documentos oficiais relativos aos idosos

O grande volume de material produzido pelos meios de comunicação e a criação de técnicas de quantificação determinaram o desenvolvimento da análise de conteúdo no qual por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa o conteúdo manifesto foi sintetizado conforme a finalidade e interpretação propostos. A análise de conteúdo foi dividida em três fases: pré análise; exploração do material; tratamentos dos dados, inferência e interpretação (GIL, 2011).

Pré-análise é a fase de organização. Iniciou-se com uma leitura superficial dos documentos, a seguir, procedeu-se a ordenação de forma sistematizada para a formulação da representatividade, das hipóteses e a preparação do material para análise.

A exploração do material abrangeu o conjunto de documentos escolhidos e constituiu das tarefas de codificação envolvendo do recorte (escolha das unidades de registro), enumeração (escolha das regras de contagem ou a delimitação do contexto de compreensão das unidades) e a classificação (escolha de categorias) (GIL, 2011).

A leitura de forma sucessiva e sistematizada permitiu uma aproximação aos assuntos abordados nos documentos e seu fichamento quanto autoria, data de publicação, objetivos e destinatários. Os temas de interesse foram recortados para classificação em categorias de acordo com o interesse da pesquisa:

- Quedas
- Risco de quedas
- Adesão no idoso

O tratamento dos dados e interpretação objetivaram tornar os dados válidos e significativos. A análise dos temas abordados recebeu como procedimentos estatísticos estabelecimento de quadros para evidenciar as informações obtidas (GIL, 2011).

Quanto ao processo de análise documental duas preocupações descritas foram observadas atentamente durante a exploração e tratamento dos dados. A primeira refere-se a compreensão das ações da analista quanto a identificação das partes distintas e significativa dos conteúdos; a outra, quanto ao rigor metodológico no procedimento de identificação das partes temáticas e da sistematização das ações (NASCIMENTO, 2009).

Nesta fase empírico-analítica foram destacadas as seções ou parágrafos que continham programações, metas ou descrições em conformidade com os temas selecionados e transcritos no fichamento. Os fichamentos permitiram uma leitura mais aprofundada e uma avaliação quanto as metas propostas, a inserção da política relativa aos temas e ao objetivo desta pesquisa. A comparação entre o conteúdo abordado nas políticas permitiram discussão e inferência acerca da visualização da esfera governamental sobre os temas e relacioná-los com quadro teórico desenhado na literatura (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

4.2 GRUPO FOCAL

O grupo focal foi a técnica eleita para abordar a população-alvo a que se dirige o instrumento.

A população-alvo foi selecionada considerando o seu conhecimento e experiência contextualizada do problema e das potencialidades quanto a aplicação do instrumento. Esta correspondeu aos trabalhadores da Atenção Primária.

O grupo focal nada mais é do que uma entrevista ou conversa em grupos pequenos e heterogêneos, onde os participantes comentam e discutem as suas opiniões e respostas sem esperar por orientação e com a vantagem de ter a coleta maximizada com vários sujeitos em tempo abreviado e com custo baixo. Está situado em posição intermediária na pesquisa qualitativa, entre as entrevistas em profundidade e a observação participante. É adotado de forma complementar como fonte de dados ou isoladamente em pesquisas qualitativas e quantitativas (TRAD, 2009; MAY, 2004).

Dessa maneira, expressões como “entrevista de grupo” ou discussões de grupo” podem ser utilizadas de forma intercambiável. Esta técnica de coleta de dados na pesquisa social se baseia em gerar uma discussão sobre uma questão ou uma lista de tópicos onde se torna possível a coleta das experiências e perspectivas diversas, diferenças de opinião, consensos e análise da interação entre os participantes (MINAYO, 2008; BARBOUR, 2009).

O valor dessa técnica fundamenta-se na capacidade de formar opiniões e atitudes na interação grupal. É utilizada pelos pesquisadores para se focalizar e formular questões investigativas mais precisas, fornecer *insights* das experiências e complementar informações sobre conhecimentos, crenças, atitudes e percepções, avaliação de um serviços ou programa, orientar um pesquisador para o campo e linguagem local. Ao se pensar na entrevista grupal, na inserção do indivíduo em uma estrutura, quando pertencente a um grupo e dentro de um ambiente propício, trazendo várias perspectivas e sujeito a influências, o grupo focal é um recurso valioso, pois documenta os processos pelos quais as normas e significados dos grupos são moldados, elaborados e aplicados (MINAYO, 2008; BARBOUR, 2009).

Em estudos que visam utilizar a técnica para avaliar a implantação de programas ou estratégias de saúde ou ainda para subsidiar na elaboração do instrumento de uma pesquisa, o grupo focal proporciona a captação da complexidade e dinamicidade do objeto ao considerar os diferentes sujeitos e contextos nos quais se incidem o fenômeno a ser estudado. No caso de adesão, como um comportamento não compreendido, o

grupo focal, traz a chance de revelar lógicas coerentes e sofisticadas ao explicar os motivos não elucidados quando os participantes percebem estar em um local de escuta sem julgamentos (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009).

A justificativa para seu uso nesta pesquisa se deve pelo fato de que ao acessar os pontos de vista para planejar intervenções apropriadas e efetivas busca-se daqueles que provém da proximidade no contato com os idosos proveniente do vínculo com estes e da observação e compreensão do cotidiano, no trabalho de mobiliza-los para adesão a prevenção de quedas. Entende-se que os trabalhadores de saúde, podem fornecer informações sobre a evolução dos programas e intervenções de educação e adesão aos regimes terapêuticos se utilizados pelos idosos.

4.2.1 Local de Estudo

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) a cidade em que foi desenvolvido o estudo se localiza no interior do Estado de São Paulo, possui 605.682 habitantes, com população de 75.763 com 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 12,53% da população pelo censo de 2010. Ainda 99,7% da população reside em área urbana.

Interessante observar, a transição demográfica em constante alteração no município, onde a maior parte da população está na faixa etária dos 15 aos 59 anos com 410.774 habitantes, o que corresponde a 67,93%, especificamente entre os 25 e 29 anos.

O município é dividido em cinco distritos, delimitando seu território de acordo com a geografia e características socioeconômicas. Desta forma, cada área distrital possui uma rede de atenção com Unidades de Pronto Atendimento para Rede de Urgências e Unidades de Atenção Básica. A Rede de Atenção Primária conta com 31 Unidades Básica de Saúde (UBS) e 14 Unidades de Saúde da Família (USF) em funcionamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016b).

4.2.2 Cenário da Unidade

A unidade onde o grupo focal foi realizado iniciou suas atividades de forma mais incipiente no ano de 1943 com ações de promoção de saúde e assistência. Sendo que, somente em 1997, com a aquisição do imóvel pela prefeitura começou suas atividades formalmente como Unidade Básica de Saúde, com ações de ensino e educação em saúde, conselho gestor, promoção de saúde com grupos diversos e associações com outros equipamentos sociais e assistência multiprofissional em enfermagem, clínica,

saúde mental, pediatria e ginecologia a uma população de 6.220 habitantes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016a).

A Equipe de Saúde da Família possui uma cobertura de 100% da região. É composta por 32% de adultos e idosos, que participam ativamente das atividades de promoção de saúde oferecidas como artesanato, ginástica, culinária entre outros (ROSA, 2015).

4.2.3 A coleta de Dados

A técnica de grupo focal começa a partir do planejamento das reuniões: o ambiente, os participantes, o moderador e o roteiro.

O moderador tem a função de focalizar o tema, intermediar as participações e divergências, aprofundar a discussão, construir as relações entre os participantes, monitorar o ritmo do grupo. As reuniões não devem durar mais do que uma hora e meia. (TRAD, 2009).

O moderador escolhido foi um profissional da área da saúde, já conhecido dos profissionais que trabalham na unidade, que já possui ampla experiência no uso da técnica de grupo focal. O relator ou observador foi a própria pesquisadora. Embora seja contraproducente selecionar um moderador que faça parte do grupo, o moderador selecionado, não faz parte do cotidiano dos profissionais, o que é suficientemente razoável pois não o impossibilita de submetê-los a uma análise crítica da situação, mas os permite estar a vontade para apresentar suas visões.

O registro dos dados foi colhido por meio de um diário de campo, um caderno em que foram anotados impressões, conversas informais, aspectos sobre o ambiente e observação de comunicação não-verbal. Foi utilizado um gravador digital para registrar as falas, facilitando a transcrição posterior de modo a preservar o conteúdo de todo o encontro.

A transcrição das conversas foi produzida a partir da gravação original e simultaneamente com a anotação do diário de campo, utilizando uma série de símbolos para não excluir nenhuma característica dos diálogos, como interrupções, gestos, mudanças no volume ou tom da fala e entonação que ajudarão na análise (BARBOUR, 2009).

4.2.4 O ambiente

Para a realização do encontro, a literatura ressalta o uso de um local apropriado, sem distrações como ruídos e de fácil acesso aos participantes. É importante que também traga conforto com mesa e cadeiras de forma circular. Espaços como igrejas, centros comunitários, escolas são os locais mais comumente relatados pelos pesquisadores (TRAD, 2009).

A unidade saúde dispõe de espaços adequados para a realização destas atividades e que proporcionou grande comodidade aos participantes.

Assim, o grupo focal foi sucedido em sala ampla da unidade de saúde, com privacidade e fácil acesso, uma vez que os trabalhadores estavam em seu próprio ambiente de trabalho.

4.2.5 Os participantes

A técnica exige reuniões em grupos de seis a doze participantes, com número mínimo de quatro, além da presença de um moderador e de um relator. Um número de pessoas reduzido garante a apresentação da fala de todos os participantes, diminui distrações, reduz a possibilidade de conversas paralelas e mantém o foco em torno das questões centrais pretendidas (TRAD, 2009; RIBEIRO; NEWMANN, 2012).

Participaram do estudo cinco dos sete agentes comunitários de saúde da unidade. Como critério de inclusão adotou-se o tempo de experiência maior que 3 anos na função e o aceite para participarem do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles que estavam em período de férias ou em situação de afastamento do trabalho por problema de saúde.

Os participantes possuem convivência com o assunto e conhecimento dos fatores que possam interferir no fenômeno. Os Agentes Comunitários de Saúde por serem os profissionais que mais convivem no mesmo contexto da comunidade que os idosos foram eleitos para participar do estudo, uma vez que podem trazer aspectos para a construção do instrumento acerca da forma de pensar e da realidade foco da pesquisa. Portanto, os mesmos foram fundamentais para elucidar e elaborar o instrumento no qual este trabalho se fez.

Foi realizado contato prévio com a coordenadora da unidade para apresentação do projeto e solicitação de autorização. O encontro foi realizado durante o expediente, o que facilitou a presença e a locomoção dos participantes.

Apresentam-se algumas características do grupo na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do Grupo Focal

Característica	Descritor	Percentual/variação
Sexo	Feminino	100%
Idade	Anos	38 a 56 anos
Ocupação na Unidade	Agente Comunitária	100%
Tempo de atuação no Cargo	Anos	De 05 a 17 anos
Escolaridade	Ensino Médio	80%
	Superior incompleto	20%
Formação em Geriatria	Treinamento/Capacitação	100%

Quanto a formação na área de geriatria, todas as Agentes referiram ter participado de capacitação disponibilizada pela própria unidade. Os cursos foram sobre temas como: sexualidade em idosos, quedas, vulnerabilidade, violência, envelhecimento, dentre outros.

4.2.6 O roteiro

O roteiro (Apêndice B) que norteou a discussão conteve poucos itens, permitindo flexibilidade na condução do grupo. Iniciou-se com questões gerais e que não gerassem polêmica e na medida em que o grupo foi sentindo-se mais confortável para se expressar numa atmosfera amistosa e para que a discussão se prologasse, o tema foi gradativamente aprofundado (TRAD, 2009).

O roteiro continha a incorporação de aspectos que visavam trazer à tona questões relevantes do próprio universo em que os participantes estão imersos e enfatizando-se que todas as opiniões eram importantes, pois não há respostas corretas.

Informações para caracterização dos participantes também compuseram o roteiro.

4.2.7 Análise

A análise teve por perspectiva extrapolar a descrição das falas, mas a partir da extração do tema, interrogar os dados, contextualizar o diálogo, desenvolver explicações e aplicar sobre elas mais interrogações e refinamentos emergiram (BARBOUR, 2009). Foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo. Esta consiste em três etapas: pré-análise; exploração do material; interpretação dos resultados (MINAYO, 2014).

A pré-análise compreende uma leitura superficial, esqueleto do repertório colhido e produção dos pressupostos. A coletânea refere-se ao estado da arte mediante conhecimento prévio e bases conceituais. Nesta fase, realizou-se um novo ciclo de etapa

exploratória, leitura do material e o retrocesso constante aos elementos fundamentais do tema para comparação e análise. O resultado desta etapa foi a elaboração de indicadores para a interpretação final (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Ela se iniciou durante as transcrições, ao trazer a familiarização com os dados. Ao identificar como o tema geral foi tratado e a análise extensiva e sistemática. A frequência de palavras-chave e o contexto forneceram a relevância e a construção de categorias empíricas. A pesquisadora esteve atenta para discutir o tema em categorias e subcategorias que surgem na discussão do grupo (MINAYO, 2008).

Na etapa de exploração do material, o conteúdo foi categorizado para redução do texto em palavras-chave e, no caso do estudo em questão, de intervenções significativas, em Unidades de Registro.

As subcategorias que surgiram, em forma de ramificações do tema central, contribuíram não somente com diferentes intervenções, mas também para aprofundar questões específicas dentro da matriz temática. Essas categorias trouxeram a possibilidade de balizar a investigação a partir do confronto e conexão com a teoria e para o empírico constantemente. Um reagrupamento das subcategorias de análise em torno do tema central em um segundo momento da análise, agora dotado de diversas reflexões, trouxe um entendimento dotado de diversas unidades de sentido, expondo o tema com mais significado e representação do grupo estudado (MINAYO, 2008).

Posteriormente a esta seleção, procedeu-se a agregação e classificação dos dados em categorias temáticas de acordo com a especificação do tema naquele contexto interpretativo e as dimensionalidades dos comportamentos de adesão ou não que foram relatados e as intervenções consideradas apropriadas. A interpretação surgiu a partir deste panorama apresentado, arrolando-se à leitura literária e análise documental (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO 2014; MINAYO, 2014).

Apresentam-se na tabela abaixo o método para análise temática a partir da narrativa dos participantes.

Tabela 3 - Análise dos discursos dos participantes do Grupo focal a partir das palavras-chave, Unidades de Significado e Tema para discussão

Palavras-Chave	Unidades de Significado	Tema	
Bastante Idoso na área	Quantitativo de população idosa no território de atuação	Envelhecimento	
Grande parte das famílias			
Financeiro – condição	Situação socioeconômica		
Dependem de ajuda			
Solteiros			
Vida Miserável			
Dança	Lazer		
Igreja	Religiosidade		
Culto			
Missa			
Não consegue	Autoeficácia	Adesão	
Incapaz			
Limitação			
Ajuda	Facilidades		
Outros			
Alunos			
Não quer	Dificuldades		
Não aceita			
A gente não é ouvido			
Rotina	Mudança de comportamento		
Cotidiano			
Continuam			
Não presto – não sirvo	Sentimento de inutilidade		
Velho			
Vergonha			
Fratura - Quebra	Consequências	Quedas	
Morte			
Medo de cair			
Prisão dentro de casa			
Cirurgia – operou			
Internação			
Visão	Riscos observados -		
Audição	intrínsecos		
Medicamentos			
Tontura			
Atrofia			
Musculatura			
Cabeça			
Andador - bengala	Riscos observados -		
Iluminação	extrínsecos		
Rua			
Mesinha			
Tapete			
Banquinho			
Móveis			
Degrau			
Escada			
Energia – luz			
Sapato			
Geriatra			Equipe

Atenção à Saúde do Idoso pela

Tabela 3 - Análise dos discursos dos participantes do Grupo focal a partir das palavras-chave, Unidades de Significado e Tema para discussão *(continuação)*

Médico Especialista Fisioterapeuta Enfermeira		Atenção Primária
A gente fala Grupos – Palestra Brincadeiras – lúdico Visitas	Orientação	
Barras Abajur Devagar Celular	Modificação fator	
Filhos Sobrinho Neto Parente	Apoio social	Suporte Social
Vizinho Amigos	Comunidade	
Sozinho Contato Abandono	Interpessoal do Idoso	

4.2.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde Municipal obtendo a concordância com os termos da pesquisa pela gerente da Unidade de Saúde (Anexo I). A seguir, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Anexo II), protocolo CAAE 68815317.3.0000.5393, obedecendo a diretrizes e normas referentes a pesquisas com seres humanos, em especial da Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde n. 466 de 2012 (BRASIL, 2013b).

Primeiramente antes de iniciar o grupo focal, cada participante consentiu em participar espontaneamente da pesquisa declarando por escrito. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido conforme orientações do CEP, em duas vias, devidamente rubricadas em todas as páginas, onde foi assinado pelos participantes e o pesquisador. O documento explicita os objetivos e métodos da pesquisa e declara ser a participação voluntária com a garantia de anonimato, sem prejuízos ao sujeito e a retirada do consentimento do mesmo a qualquer momento (Apêndice C).

Em atenção ao compromisso com o sigilo, nos resultados do estudo, para identificação das falas dos sujeitos foram adotados números aleatoriamente aos

participantes (agente comunitário 1 – A1, Agente comunitário 2 – A2), subsequentemente.

4.3 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

O conteúdo do instrumento foi construído a partir de uma base metodológica e conceitual para que os diferentes domínios e dimensões que explicam o fenômeno fossem incluídos e analisados (PASQUALI, 2010).

A literatura sugere que para conseguir atingir esta construção complexa e multidimensional deve ser realizada pela leitura pertinente sobre o tema, opinião de peritos e da experiência prática para análise de conteúdo (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Portanto, a etapa de construção e geração dos itens do instrumento foi formulada a partir da revisão de literatura, da análise documental e da experiência dos profissionais que atuam na prática, como já descrito nas etapas anteriores.

A sequência da estratégia e argumento devem estar em ordem lógica e organizados de forma a manter uma estrutura inteligente que contribua significativamente para reduzir o esforço físico e mental, além de garantir que o tema seja tratado de forma objetiva. Por ser dinâmico, o instrumento deve corresponder as habilidades intelectuais e físicas dos profissionais que utilizarão o instrumento (GUNTHER, 2003; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção discorre sobre os tópicos fruto do trabalho da Análise Documental, Grupo Focal e Revisão de Literatura para abordar cada tema de forma integral.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Faz-se aqui uma apresentação das publicações selecionadas, a caracterização, a evolução histórica destas e a tipificação do tema quedas nas mesmas.

Como já exposto em Material e Método (Figura 2), na análise foram incluídas na amostra 14 publicações da esfera pública e governamental das esferas estaduais, federais ou ministeriais.

Anteriormente, há observações que devem ser colocadas quanto às publicações inclusas. Nota-se que se encontra dentre os documentos, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas e o documento denominado Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, justifica-se a exclusão de documentos gerados pela Organização Mundial de Saúde, onde em anos posteriores (2007, 2015) houveram relatórios específicos e muito relevantes sobre o envelhecimento e quedas.

A razão pela qual atribui-se que O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento traduzido e distribuído pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, um ano após sua publicação pela Organização das Nações Unidas, foi originalmente elaborado em 2002. E, quanto ao documento Envelhecimento Ativo, este foi, similarmente, traduzido e distribuído pela Organização Pan-Americana de Saúde três anos após ser publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2002. Assim, incorporaram-se estes documentos por se considerar que se tornaram pilares para as normatizações nacionais.

Também destaca-se que quanto às demais publicações estaduais, foram apenas incluídas as normatizações referentes ao Estado de São Paulo, onde a pesquisa foi realizada.

A relação de documentos está descrita em Tabela 4 abaixo:

Tabela 4 - Documentos incluídos segundo denominação, objetivo e citação ABNT

Documento	Objetivo	Citação
Política Nacional do Idoso (versão de reimpressão de maio de 2010)	A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade	BRASIL. Lei 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 05 Jan, 1994, p. 77.
Estatuto do Idoso	É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos	BRASIL, Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, de 03 out. 2003, p.1.
Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento	Instrumento para formulação de políticas que garantam o envelhecer com segurança, dignidade e participação com plenos direitos.	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 86 p.
Envelhecimento Ativo: uma política de saúde	Projeto de Política de Saúde busca dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável ativo.	Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	BRASIL. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out.,2006. Seção 1, p. 142.
Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento	Prover o embasamento aos profissionais, gestores, estudantes e instituições de ensino e pesquisa envolvidas com a temática e com o compromisso de um melhor atendimento à pessoa idosa e fortalece os compromissos firmados pelo Pacto pela Saúde 2006	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)
Caderno Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa	Dar resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
Pacto pela Saúde	Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.	BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de Fev. 2006, seção 1, p. 43.
Lei Estadual relativa ao idoso	Legislação estadual relativa ao idoso	SÃO PAULO (Estado). Lei 12.548 de 27 de Fevereiro de 2007. Consolida a legislação relativa ao idoso. Diário Oficial do Estado

Tabela 4 - Documentos incluídos segundo denominação, objetivo e citação ABNT (continuação)

		de São Paulo, São Paulo, SP, 28 de fev. 2007, seção I, vol. 117, n. 39, p. 1-4.
Guia Prático do Cuidador	Orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do Cuidador. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa	Instrumentalizar o Cuidador formal e informal na sua qualificação e enfrentamento à violência contra a pessoa idosa e auxiliar na formação ou capacitação de cuidadores	BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília :, 2008. 330 p.; 30 cm
Vigilância e prevenção de quedas em idosos	Contribuir para o desenvolvimento de modelos e técnicas de atuação na prevenção de quedas e na produção de avanços para o enfrentamento da situação relacionada ao agravo e para o impacto na sua redução.	SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos . Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa -- São Paulo: SES/SP, 2010.
Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo	Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação.	BRASIL. Decreto 8.114 de 30 de Setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 de Outubro de 2013, seção 1, página 1.
Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 4 ed. Brasília, 2017. 61 p.

Sobre a evolução histórica, representada na figura 3 observa-se que a primeira norma foi promulgada em 1994, apesar de iniciativas no intuito protecionista por parte do Governo Federal nos anos 70 a este segmento populacional. Foi destaque nesse período o estabelecimento de benefícios sociais aos idosos não contributivos do sistema previdenciário para trabalhadores rurais e os necessitados urbanos e rurais com 70 anos ou mais (FERNANDES; SOARES, 2012).

Ressalta-se que o início das legislações, principalmente provenientes do Poder Legislativo representado pela Casa Civil (Presidência da República), onde os primeiros documentos oficiais, a Política Nacional do Idoso em 1994 e o Estatuto do Idoso em 2003, possuem caráter de obras sociais vinculados ao desamparo de idosos associados

ao processo de fragilização como condição geral e portanto, precisam de proteção legal (ROSA; BARROSO; LOUVIZON, 2013).

De fato, a Política Nacional do Idoso alicerça a integralidade na atenção à saúde do idoso. Esta pretendeu a obtenção da longevidade com condições favoráveis à qualidade de vida e à efetivação dos direitos sociais e relativos à saúde na rede do SUS. Confirma os princípios constitucionais quanto à cidadania, integração social e defesa da dignidade. Similarmente o Estatuto do Idoso é uma normativa com objetivo de ratificar e unificar as leis e políticas aprovadas anteriormente, amplia aspectos sobre a internação domiciliar e a proteção do idoso em risco social, assim como expande a reação do Estado na intersetorialidade e da sociedade aos idosos vulneráveis (WILLIG; LENARDT; MEIER, 2012; BRAGA et al., 2016; MOTTA; AGUIAR, 2007).

Entretanto, não efetivaram-se alterações intensas quanto a atenção à saúde do idoso (MARIN, PANES, 2015). Isto deve à “superposição desarticulada” entre os órgãos de execução dos programas voltados a esta faixa etária (BRAGA et al., 2016, p. 96).

Há de se destacar que já em 2001, a literatura brasileira apontou, alertado pelos dados internacionais sobre o tema, um documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, para conscientizar a sociedade, os legisladores e os profissionais de saúde sobre a epidemiologia das quedas e suas consequências no sistema de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001).

A primeira publicação da legislação brasileira para idosos respectiva à área da Saúde inicia-se em 2003, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, onde há a publicação do documento elaborado pela Organização das Nações Unidas, fruto da II Assembléia Mundial das Nações Unidas de 2002 em Madrid.

Este evento foi decorrente das mudanças sociais, culturais e tecnológicas em todo o mundo, atentou-se à promoção de políticas que endossassem a segurança e a solidariedade intergeracional na família e comunidade. Buscou viabilizar a formulação de um plano voltado para os idosos, congregando o Estado e a Sociedade na composição de um ambiente físico e acessível de recursos e serviços. O Plano constituiu-se de 35 objetivos e 239 recomendações e estabeleceu encargos aos governos e cooperação internacional (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Este documento foi de grande resultado sobre o envelhecimento ao ponderar que seus preceitos foram motivadores da criação do Estatuto do Idoso (WILLIG;

LENARDT; MEIER, 2012). Seus efeitos impactaram na promoção de segurança, dignidade e o reconhecimento do idoso como um cidadão, não somente como um ser vulnerabilizado e dependente.

O documento mais significativo quanto a esta faixa etária foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde. Publicado em 2002 como *Active ageing: a policy framework*. Foi um marco desde que foi publicado e internacionalmente influenciou as políticas e norteou princípios e diretrizes governamentais por ser inclusiva e inspiradora. Representou uma mudança de paradigma no intuito de potencializar o bem-estar físico, social e mental, de acordo com as perspectivas dos indivíduos e grupos em todas as faixas etárias e intrincada à proteção, segurança e cuidado de forma intersetorial. Dessa forma, as políticas projetam a otimização da qualidade de vida do indivíduo dentro de seu ambiente social e cultural no curso da vida e engendra o envelhecimento ativo no modelo de promoção de saúde (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

As primeiras publicações do Ministério de Saúde tiveram objetivos de normatizar a gestão para a implementação de planos operacionais em consenso com os princípios e diretrizes do SUS e em consonância com o direcionamento efetuado pela Organização Mundial de Saúde, em 2002. O primeiro documento publicado pela pasta foi a tradução deste documento, em 2005. Este documento conjuntamente aos compromissos sanitários assumidos pelo Brasil na V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, acontecido no México, em 2000, serviram como pilar para a viabilização das normas legais para gestão: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde em 2006.

Nesses documentos, a saúde do idoso torna-se prioridade do componente da norma Pacto pela Vida. Este foi definido após análise do cenário de saúde e referências das primazias estabelecidas pelas esferas federais, estaduais e municipais (MARIN; PANES, 2015; WILLIG; LENARDT; MEIER, 2012).

O Caderno de Atenção Básica, publicado em 2006, com enfoque na saúde do idoso foi o primeiro documento formulado com intuito de orientar e normatizar a assistência. Utilizou-se como referências o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Promoção a Saúde e a Política Nacional de Humanização do SUS. Este foi elaborado pela Área Técnica da Saúde do Idoso para a capacitação estratégica de ações na atenção integral alvejando o envelhecimento ativo e saudável. Nestes estão inclusos

também a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e cursos de Aperfeiçoamento em Envelhecimento, de Gestão em Envelhecimento e ações em parceria como a assistência farmacêutica, atenção domiciliar, entre outros (MARIN; PANES, 2015).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assesta disposições individuais e coletivas para assegurar ao idoso de 60 anos ou mais um cidadão que exige manter sua autonomia e independência. Reconhece-se o avanço desta publicação no intuito da integração do conceito de envelhecimento ativo, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 2002, a valorização dos mesmos na sociedade e a integralidade na atenção à saúde no envelhecimento. Assim houve a associação de outros setores em articulação como a Educação, a Assistência Social, o Esporte e Lazer, dentre outros. Além disso, estruturou a consumação da integralidade em dois eixos: “a promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção e o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde” (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011, p. 205).

Em 2007 surge a primeira publicação do Estado de São Paulo, fruto também do Poder Legislativo do Estado para legalizar as diretrizes quanto ao envelhecimento na Lei 12.548.

A seguir, outras publicações com este mesmo objetivo, no entanto, com diversos perfis de apresentação e linguagem em conformidade com o grupo-alvo (Tabela 5). Foram estes, em 2008: o Guia Prático do Cuidador e o Manual Cuidar Melhor e Evitar a Violência.

Nos anos posteriores, mais acréscimos foram feitos para ampliar a visão e unificar os conhecimentos em 2010. A publicação respectiva à saúde do idoso em contiguidade à série dos textos do Pacto pela Saúde foi publicada para embasar as pactuações firmadas anteriormente.

Neste mesmo ano, 2010, foi publicado um documento pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, dedicado exclusivamente às quedas, que abordou de forma completa questões epidemiológicas e reflexões sobre a prevenção de quedas à luz do envelhecimento ativo e estratégias propostas para o seu enfrentamento.

Em 2013, o poder legislativo para alicerçar as relações interministeriais no alcance de uma atenção integral à saúde do idoso segundo as normatizações realizadas até o momento cria o decreto 8.114.

Por último, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de 2017, confere instrumentos e escalas como propostas de manejo e avaliação da saúde dos idosos pelos profissionais de saúde e pelos idosos e familiares.

A Figura 3 apresenta o quantitativo de publicações analisadas por órgão emissor ao longo dos anos.

Figura 3 - Distribuição do número de publicações conforme órgão emissor e ano.

Os documentos também foram categorizados segundo sua especificidade em relação a fonte emissora e informações da análise contextual do conteúdo quanto a natureza (política, técnica e jurídico-legal); característica de seu âmbito (gestão em saúde, direitos humanos e orientação assistencial e de cuidados); população-alvo e como o tema quedas é abordado (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação dos documentos analisados conforme característica, natureza, público alvo e especificidade do tema quedas.

Documento	Caracterização da Fonte e aspecto geral	Natureza/ Característica	Público alvo	Especificidade do tema Quedas
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Saúde – Ministério da Saúde	Política/ Gestão de Saúde	Gestores / profissionais de saúde	Ausência de referência ao tema
Estatuto do Idoso	Social – Secretaria dos Direitos Humanos	Jurídica-Legal/ Direitos Humanos	Gestores/ sociedade	Ausência de referência ao tema
Política Nacional do Idoso	Saúde – Poder Legislativo	Política/ Gestão de Saúde	Gestores	O tema é foco em uma diretriz com relevância
Guia Prático do Cuidador	Saúde – Ministério da Saúde	Técnica/ Orientação dos cuidados	Cuidadores	O tema é um marco assinalado no documento
Cuidar melhor e evitar a Violência	Saúde – Secretaria dos Direitos Humanos	Técnica/ Orientação dos cuidados e Direitos Humanos	Cuidadores / Profissionais de saúde	O tema é um marco assinalado no documento
Atenção à saúde da pessoa idosa e Envelhecimento	Saúde – Ministério da Saúde	Política e Técnica/ Gestão de Saúde	Gestores / Profissionais de Saúde	O tema é foco em uma diretriz
Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Saúde – Ministério da Saúde	Técnica/ Orientação à Assistência	Profissionais de Saúde	O tema é um marco assinalado no documento
Pacto pela Saúde	Saúde – Ministério da Saúde	Política/ Gestão de Saúde	Gestores / Profissionais de Saúde	Ausência de referência ao tema
Vigilância e prevenção de quedas em idosos	Saúde – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	Técnica/ Orientação à Assistência	Profissionais de Saúde	O objetivo do documento é a discussão do tema
Envelhecimento Ativo: uma política de saúde	Saúde – Organização Pan-americana de Saúde	Política/ Gestão de Saúde	Profissionais de Saúde / Gestores	O tema é um marco assinalado no documento
Plano de ação internacional sobre o envelhecimento	Saúde – Secretaria dos Direitos Humanos	Política/ Gestão de Saúde	Gestores	Ausência de referência ao tema
Decreto 8.114/13	Saúde – Poder Legislativo	Política/ Gestão de Saúde e Direitos Humanos	Gestores	Ausência de referência ao tema
Lei 12.548/07	Saúde – Assembléia legislativa do Estado de São Paulo	Jurídica-Legal/ Gestão de Saúde	Gestores	Ausência de referência ao tema
Caderno de Atenção básica	Saúde – Ministério da Saúde	Política e Técnica/ Orientação à Assistência	Profissionais de Saúde	O tema é um marco assinalado no documento em relevância

Como disposto acima, categoriza-se as publicações segundo sua natureza:

- Políticas – normativas que enumeram responsabilidades e funções administrativas de esfera nacional. Nesta categoria foram identificadas seis publicações (43%) de natureza política e duas (14%) consideradas mistas

- Jurídica-Legal – são instrumentos legais nos quais se incluem legislação e jurisprudência e se referem a normas ou decisões. Foram inclusos dois (14%) documentos.

- Técnica – inclui discussões técnicas, específicas da área da saúde. Quatro publicações (28%) foram consideradas de natureza técnica e duas de natureza mista (14%).

Quanto à característica principal:

- Gestão de Saúde - diretrizes norteadoras sobre as ações e compromissos institucionais e de cada esfera governamental. Foram alocados nesta categoria a metade dos documentos, sete (50%), sendo um considerado com característica mista (7%).

- Direitos Humanos – Normas para proteção social do idoso. Foram representados por uma norma (7%) e duas mistas (14%).

- Orientação de cuidados – exposição prática sobre o tema com linguagem simplificada. Foram apenas dois documentos (14%) para orientação aos cuidadores formais e informais e público leigo.

- Orientação assistencial – exposição mais abrangente ou aprofundada de atenção à saúde. Alude a três normas (21%). Destinado ao uso dos profissionais de Saúde, em especial à Atenção Primária.

Quanto à especificidade do tema quedas e sua relevância nos documentos, estes foram categorizados de acordo com a exposição:

- Ausência de referência ao tema: o termo quedas não é citado. Foram consideradas seis publicações (43%). Em algumas, delas encontram-se metas para facilitar a locomoção do idoso, mas não citam as quedas diretamente.

- O tema é foco uma diretriz: as quedas são mencionadas em um único tópico, mas dentro de um contexto como violência, acidentes ou ações educativas. Apenas dois documentos se encontram nesta categoria (13%).

- O tema é um marco assinalado no documento: as quedas ocupam um tópico de discussão, onde são mais exploradas as causas e intervenções. São cinco publicações (33%) aqui consideradas.
- O objetivo do documento é a discussão do tema: os documentos são específicos na exposição e discussão sobre o tema. Um documento (7%) minucia acerca das quedas, causas, intervenções e prevenções.

Tabela 6 - Descrição dos temas identificados na Análise Documental

Documento	Quedas	Intervenções à Prevenção de Quedas	Adesão
Cuidar melhor e evitar a violência – Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008	Quedas são frequentes e trazem várias consequências. Apresenta as causas intrínsecas e extrínsecas.	Cita-se o a organização do Ambiente domiciliar e propõe a modificação dos ambientes específicos; controle de medicações; cuidados com locomoção e calçados; uso correto de auxiliares de marcha.	Cita cautela na modificação ambiental no domicílio do idoso
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Ministério da Saúde, 2006	-	Prevenção de acidentes em domicílio e vias públicas com a implantação de ações para acessibilidade e deslocamento do idoso nos transportes.	Cita fator individual da adesão em Plano de Cuidados
Estatuto do Idoso – Legislativo, 2003	-	-	-
Guia prático do Cuidador – Ministério da Saúde, 2008	São os acidentes que mais ocorrem em idosos.	A equipe de saúde deve identificar as possíveis causas e influências ambientais para a ocorrência da queda. Cita formas de adaptação no ambiente domiciliar para prevenção e promoção da independência	Cita cuidado na modificação ambiental no domicílio do idoso
Atenção à saúde da pessoa idosa e Envelhecimento – Ministério da Saúde, 2010	A queda é um problema de saúde pública.	Promoção e educação quanto aos riscos ambientais e a implantação das leis de acessibilidade urbana.	-
Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – Ministério da Saúde, 2017	São frequentes e podem ser evitadas.	Apresenta instrumento com Itens da avaliação ambiental domiciliar e história de quedas.	-
Pacto pela Saúde – Ministério da Saúde, 2006	-	-	-
Vigilância e prevenção de quedas em idosos – Estado de São Paulo, 2010	Apresenta a epidemiologia das quedas e sua relação aos riscos intrínsecos e extrínsecos.	As intervenções fundamentais são a conscientização do problema, identificação dos idosos de risco e intervenções individuais e populacionais como ajuste medicamentoso, a educação, adaptação	Menciona o suporte social, fatores individuais na adesão e uso de educação e acompanhamento do idoso na Atenção Primária

Tabela 6 - Descrição dos temas identificados na Análise Documental

(continuação)

		ambiental, mudança de comportamento e programa de exercícios.	
Envelhecimento ativo: uma política de saúde – World Health Organization, 2005	A queda é constituída por muitas causas preveníveis e responsável por frequentes lesões, custos de tratamentos e mortes para esta faixa etária	Os ambientes domiciliares podem ter múltiplas barreiras físicas. Intervenções para correção ambiental, promoção de uma assistência contínua de serviços sociais e de saúde, educação e treinamento para cuidadores e profissionais e promoção do envelhecimento ativo.	Cita fatores individuais e indica a importância da adesão pelo sistema de saúde para prevenir lesões e deficiências
Plano de ação internacional sobre o envelhecimento – Organização das Nações Unidas, 2003	-	Propõe uso de normas de segurança e medidas de proteção no trânsito; acessibilidade nos espaços públicos e serviços comerciais; construção de moradias seguras.	-
Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo – Legislativo, 2013	-	-	-
Política Nacional do Idoso – Legislativo, 1994	Aborda a queda como um ponto de confluência entre violência e acidentes. Aborda a morbimortalidade proveniente das quedas no país de forma relevante.	O documento atribui às quedas a: fragilidade física. Enfermidades como osteoporose, medicamentos e omissão e negligência relacionado aos fatores ambientais domésticos e o trânsito nos ambientes públicos. As intervenções propostas: adequação dos espaços e transportes públicos, educação aos condutores, subsídio para adaptação domiciliar.	
Lei 12.548 de 2007 – Estado de São Paulo	-	Diminuir as barreiras arquitetônicas e urbanas na locomoção do idoso; implantação de programas de adaptação para segurança nos transportes coletivos.	-
Caderno de Atenção Básica n. 19 – Ministério da Saúde, 2006	Especifica a epidemiologia das quedas e causas extrínsecas e intrínsecas	Avaliação multidimensional das quedas, adaptação do ambiente residencial e espaços públicos, reabilitação, reavaliação da terapia medicamentosa, avaliação do suporte social, mudança de comportamento, entre outros. Aponta a elaboração do Projeto Terapêutico Singular	Aponta fatores individuais de adesão e estratégias de comunicação, educação em saúde, modificação ambiental e acompanhamento pela equipe da Atenção Primária

A seguir apresenta-se cada tema com argumentação decorrente desta análise articulada aos resultados da revisão da literatura e análise do grupo focal, discutidos em conjunto.

5.2 QUEDA

Os resultados do estudo mostram que a queda é um evento importante quando se trata do envelhecimento e deve ser discutida no sentido de trazer a tona debates e estratégias institucionais no sentido de promoção de saúde, prevenção de quedas, programas assistencial e garantia dos direitos sociais proveniente da relação entre a sociedade, o idoso, a comunidade e os serviços de saúde.

A revisão da literatura destaca as quedas ao atribuir-lhes alto impacto sobre a qualidade de vida e sobre os diversos setores na área da saúde (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010). Diversos artigos notificam os índices de morbimortalidade do problema e a premência da criação de políticas públicas e programas voltados à prevenção e reabilitação (RODRIGUES;FRAGA;BARROS, 2014; PRATA et al., 2011; ARAUJO et al., 2014; PINHO et al., 2012).

Não possuo como objetivo deste trabalho a discussão sobre a evolução das legislações relacionadas ao envelhecimento, pois há pesquisas desenvolvidas neste sentido (OTTONI, 2012; LIMA, 2011), mas de enfocar uma leitura sobre o tema de quedas nas publicações oficiais brasileiras direcionadas ao envelhecimento.

O envelhecimento populacional mundial e a grande demanda expressa por meio dados epidemiológicos no Brasil e ainda a mudança etária da população trouxeram a imposição quanto a formulação de avanços legais específicos nas ultimas décadas, principalmente a partir dos anos 80. Autores declaram que embora a legislação brasileira tenha tido uma evolução e esteja avançada em diversos aspectos, a prática é insatisfatória, sobretudo quando se trata de sua efetuação no âmbito da Atenção Primária (SOARES; FERNANDES, 2012).

Quanto às quedas propriamente ditas, não é citada diretamente em todos os documentos quanto a explicitação da palavra ou conceito, determinantes ou a dimensão do problema. Isto possivelmente se deve a característica do documento e não possibilita a atenção a uma doença ou agravo específico. Outros documentos, por vezes respectivos ao setor de saúde, que se direcionam à gestão de saúde, para o estabelecimento de diretrizes para pactuação entre os entes federados quanto às metas, aos programas a serem desenvolvidos e avaliados na saúde do idoso da mesma forma, não possuem como atribuição o desenvolvimento específico sobre o tema das quedas. Esses são: o Decreto 8.114/13, o Pacto pela Saúde (2006), a Lei n. 12.548/07 do Estado de São Paulo, e o Plano de ação Internacional sobre o Envelhecimento (2003).

Faz-se aqui uma observação quanto à diferenciação na forma como se apresenta o tema entre as Políticas Nacionais do Idoso (1994) e da Pessoa Idosa de 2006. A Política Nacional do Idoso apresentou de forma evidente a importância das quedas. Esta publicação é composta por seis legislações incorporadas ao documento em versões posteriores de reimpressão: Lei 8.842/1994, Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência da Pessoa Idosa, Decreto 6.214/07, Decreto 5.130/04, Lei 11.520/07, Decreto 6.168/07. A queda é citada dentro do Plano de Ação a Violência e é apresentada como violência e acidente. Sua importância evidencia-se pelos indicadores de saúde e justifica-se pela repercussão em consequências, índices de mortalidade, internações hospitalares, cuidados domiciliares e consequentemente sobre os gastos públicos. Diante disso a inevitabilidade de políticas públicas que causem efeito sobre a queda. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) não relata dados referentes às quedas, mas a apresenta como acidente derivado obstáculos no deslocamento.

As publicações direcionadas ao público leigo ou para cuidadores de idosos, sejam formais ou informais ou ainda instrumentos que o Ministério da Saúde elaborou para qualificar a atenção gerontológica/geriátrica no SUS, possuem a linguagem mais acessível, mais simples e, portanto apresentam as quedas de forma mais prática e não em termos epidemiológicos e citam a queda em poucas palavras. São estes: Cuidar melhor e evitar a violência (2008), Guia prático do cuidador (2008) e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017).

O documento Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (2010) é uma publicação que expressa de maneira minuciosa o compromisso quanto a atenção à saúde da população idosa no Brasil assumido no Pacto pela Saúde em 2006. Destarte, não dispõe de uma preocupação com a descrição sobre as quedas, como os dados epidemiológicos por exemplo. No entanto, na parte das ações estratégicas, aponta uma breve descrição sobre o indicador de Taxa de Internações por Fratura de Fêmur correlato às quedas.

O Caderno de Atenção Básica sobre o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, publicado em 2006, que veio a ser criado com o objetivo de suscitar subsídios técnicos e políticos para a prática diária dos profissionais da atenção primária, vale-se de linguagem acessível e se detém brevemente sobre apresentação das quedas como problema de saúde pública, com dados da epidemiologia e as consequências.

No documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2005), o tema quedas aparece em seção própria quando trata de fatores determinantes relacionados ao

ambiente físico. Não retrata a epidemiologia, apenas cita que a queda é uma causa crescente de lesões, mortes e custos de tratamento.

Entretanto, o documento com discussão mais ampla e detalhada sobre o tema trata-se da publicação elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Vigilância e Prevenção de Quedas em Idosos (2010). O mesmo começa com a questão das políticas sobre os idosos nacionais e estaduais e faz um encadeamento com os indicadores tomados como parâmetro para avaliação dos efeitos das ações referentes à prevenção de quedas (Taxa de Internações Hospitalares por Fratura de Fêmur em pessoas idosas), onde apresenta as limitações do indicador atual e faz sugestões sobre outros indicadores disponíveis para avaliar esse panorama. Dentre as sugestões estão o uso de indicadores como Porcentagem de procedimentos cirúrgicos relacionados à internação por fratura e a utilização de indicadores do Sistema de Informações Ambulatoriais como Porcentagem de quedas em Instituições de Longa Permanência para Idosos ou Porcentagem de idosos em programas de prevenção de quedas, dentre outros.

O documento ainda retrata a Taxa por Fratura de Fêmur no Estado de São Paulo por faixa etária, a série histórica, por região de Saúde e a comparação entre as outras motivações de internação de idosos no Estado de São Paulo. Também há um capítulo sobre os índices de mortalidade decorrente de queda.

Conclui-se diante da exposição do tema dentro destas publicações governamentais, que as quedas são de extrema relevância no grupo populacional de idosos, relacionado à manutenção da independência, autonomia, qualidade de vida e indicador de saúde quanto à saúde desta faixa etária, que se confirmam nos resultados do grupo focal com as agentes comunitárias de saúde.

Em discussão com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Grupo Focal (GF) evidencia as consequências vivenciadas pelos profissionais na APS pelas quedas:

“ela vinha na dança aqui na segunda-feira. Ela disse que está com saudades, mas está com medo de andar na rua por causa da queda.” (A3)

“... eles acabam quebrando muito o braço. Eles vão cair e tentar se apoiar e acaba quebrando braço.”(A4)

“...eu acho que a vida do idoso se transforma, acaba eu acho. Se ele tem tendência a ter medo de cair, a não sair de casa, ele não vai sair mais. Eu acho assim que atrapalha muito. Pra mim é o caos. Eu uso essa palavra. No geral, compromete tudo. Compromete.” (A2)

“Aí você não faz mais. Aí eu ia dançar, não vou mais. Eu ia na casa da amiga, não vou mais. Eu não consigo pegar meu neto no colo. Então tudo isso depois das quedas.” (A1)

As consequências relatadas pelas profissionais da atenção primária são as fraturas, os agravos na saúde mental como a depressão e o isolamento, o medo de cair, a hospitalização, a reabilitação, a dependência dos outros, o prejuízo no autocuidado como práticas de higiene pessoal, as deficiências resultantes como déficit motores nos membros superiores.

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) afirmou que as quedas são responsáveis por mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos em pessoas de 65 anos ou mais e terceira maior causa de mortalidade por acidentes entre idosos no mundo.

A revisão na literatura indica que 68% dos idosos que caem apresentam algum prejuízo, 40-60% dos idosos sofrem laceração, fraturas ou traumatismo craniano, declínio funcional são apontados em 35% das quedas, e uma diminuição de atividades sociais e físicas em 15%. E como resultado após a queda como uma espiral de efeitos negativos sobre esta faixa etária são fratura, hospitalização prolongada, declínio funcional, depressão, medo de nova queda, isolamento social, institucionalização, redução da mobilidade e das atividades físicas, morbidades, diminuição da qualidade de vida, mortalidades (VIEIRA; PALMER; CHAVES, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; GAWRYZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004; PEREIRA et al., 2013; PINHO et al., 2012).

5.2.1 Fatores de risco para quedas

Outra questão importante a destacar dos resultados obtidos no presente estudo, diz respeito aos fatores de risco para as quedas, especialmente considerando o interesse quanto à prevenção destas.

Quedas são eventos multifatoriais, entretanto, estudos têm delimitado alguns elementos com evidências significativas quanto a sua relação com a ocorrência de quedas. A influência dos fatores ambientais associa-se ao estado funcional e a mobilidade da pessoa idosa, ou seja, as quedas em pessoas idosas resultam de uma interação complexa entre fatores extrínsecos e intrínsecos. O risco de quedas aumenta linearmente com o número de fatores de risco associados (PHELAN et al., 2015).

Os documentos: Guia Prático do Cuidador (2008), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Estatuto do Idoso (2003) e Lei n. 12.548 (2007), não citam nenhuma causa ou fator de risco relacionado às quedas.

No entanto, ao analisar as ações de prevenção destas – como por exemplo, as intervenções sobre a acessibilidade e adaptação das residências - nota-se que os mesmos documentos referidos consideram o fator ambiental fundamental, adicionado às condições intrínsecas do idoso que ocasionam o evento da queda, pois um único fator não pode ser isolado como causa. Ademais, o Caderno de Atenção Básica (2006) também reconhece que manobras posturais e obstáculos não são problemas para idosos mais saudáveis, mas os mesmos podem se transformar em sérias ameaças à segurança de outros idosos com déficit de equilíbrio ou problemas na marcha ou mobilidade.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017), acrescenta ao documento orientações para a prevenção de quedas e demonstra por meio de figuras ilustrativas os fatores de risco. Neste são apresentados fatores extrínsecos: uso de tapetes, uso e presença de corrimões nas escadas, calçados, pisos escorregadios, obstáculos na residência e iluminação inadequada.

A Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (2010), da série Pacto pela Saúde, também não cita nenhum fator de risco especificamente, apenas declara que a queda é causada por fatores extrínsecos e intrínsecos.

A literatura classifica os fatores associados a quedas em quatro dimensões: biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconômicos. Também podem ser categorizados em extrínsecos e intrínsecos devido a características multifatoriais da queda e da relação complexa entre elas. Nas quedas estão inclusas “disfunções de sistemas e órgãos e a influência de aspectos externos ao indivíduo” (FALSARELLA;GASPAROTO;COIMBRA, 2014, p.903).

O estudo de Siqueira et al. (2011) arrola que as quedas estão, em geral, associadas ao sexo feminino, idade avançada, baixo nível socioeconômico, obesidade e sedentarismo. Cruz et al. (2012), similarmente encontrou associação do sexo feminino, idade avançada (80 anos ou mais), auxílio para locomoção, presença de morbidade, osteoporose, percepção ruim da saúde, polifarmácia e o não recebimento de orientações sobre prevenção de quedas.

A Política Nacional do Idoso (1994) descreve: fragilidade física, uso de medicamentos que costumam provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão, ou fatores associados à presença de enfermidades como osteoporose.

O documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2005), refere como causa na seção sobre quedas: os obstáculos do ambiente, sobretudo na casa do idoso. Entretanto, a publicação Vigilância e Prevenção nas Quedas das Pessoas Idosas

(SÃO PAULO, 2010) é um documento que estende um pouco mais a discussão. Este descreve como intrínsecos a instabilidade postural, polifarmácia, osteoporose, diminuição da força muscular, déficit de equilíbrio, tonturas, medicações psicotrópicas, déficit cognitivo, hipotensão postural, distúrbio da marcha, doenças crônicas, imobilidade, presença de incontinência; e extrínsecos os riscos no ambiente do domicílio e nos ambientes externos, comportamentos de risco como subir em escadas e cadeiras ou uso inadequado de calçados.

Outros fatores de risco, da mesma forma nomeados, são as dificuldades emocionais e depressão, história prévia de quedas, alto nível de atividade, uso de dispositivo de auxílio, distúrbios do sono e idade avançada. Quanto a idosos da comunidade que residem em domicílio, a publicação do Estado de São Paulo especifica adicionalmente: comprometimento do estado mental, problemas de visão, diminuição da função neuromuscular periférica, incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, hipotensão postural pós-prandial e uso de medicamentos cardíacos.

Não obstante, esta publicação ainda, manifesta pilares relacionados a quedas que transpassa o gênero e cultura, expressados pelo documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2005). Sobre o gênero, o sexo feminino apresenta-se com maiores taxas de queda não somente alusivo às doenças osteoarticulares como osteoporose, mas também relacionadas com suas atividades cotidianas distintas dos homens cujas quedas envolvem comportamentos de risco devido aos papéis sociais que assumem. Entretanto, no tocante aos homens, evidencia-se que as quedas tem lesões mais graves, associadas às atividades mais vigorosas, mais atividades externas e ao adiamento destes ao procurar assistência médica. Nas questões culturais, a automedicação, as rotinas diárias, ao clima, o uso preferencial de certos calçados são evidenciados no documento.

A cartilha Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008), equitativamente, descreve causas intrínsecas e extrínsecas. Alterações da senescência são a diminuição da força muscular, do equilíbrio e da flexibilidade; osteoartrose, instabilidade postural na doença de Parkinson, medicações; diminuição da visão e sensibilidade, alteração da marcha com passos curtos, arrastados, base alargada; reflexos mais lentos; deformidades dos pés; efeitos colaterais de medicamentos, arritmias cardíacas, acidente vascular cerebral e uso de acessórios para marcha. Como causas extrínsecas referem-se ao ambiente interno e externo à residência.

O Caderno de Atenção Básica (2006) tem a descrição pontual dos fatores. Intrínsecos: Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, marcha lenta e passos curtos,

Tontura/vertigem, Alteração postural/hipotensão ortostática, Lesão no sistema nervoso central, Síncope, Redução da visão, alterações cognitivas, doença de Parkinson, polifarmácia, uso de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e sedativos, fraqueza muscular, baixa aptidão física. Quanto aos fatores extrínsecos indica que comportamentos de risco podem ocasionar quedas, e a seguir faz uma lista de riscos domésticos relacionados a barreiras arquitetônicas e ambientes inseguros. Como fatores de risco relacionados estão ser do sexo feminino, ter mais de 80 anos, desnutrição, ausência dos reflexos de proteção, osteoporose, dificuldade para se levantar após a queda e a resistência da superfície onde se cai, quedas precedentes.

Observa-se que os fatores de risco associados sejam intrínsecos ou extrínsecos se expõem com algumas variações ou adições em alguns documentos, refletindo as pesquisas que já foram realizadas até o momento e as ponderações em maior ou menor grau quanto ao assunto dependendo do público alvo da publicação.

A revisão de literatura denota como fatores de risco semelhantes aos encontrados nos documentos analisados: Fatores intrínsecos ou biológicos são decorrentes de fatores fisiológicos como o uso de certas medicações como os antidepressivos, antipsicóticos, sedativos, ansiolíticos e diuréticos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012). Ser do sexo feminino, idade acima de 70 anos, diminuição dos reflexos posturais, doenças de Parkinson, distúrbios de percepção ambiental, diminuição da acuidade auditiva e visual, distúrbios vestibulares, distúrbios proprioceptivos como neuropatia periférica ou patologias degenerativas da coluna cervical, aumento do tempo de reação às reações de perigo, diminuição da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural, distúrbio de marcha e equilíbrio, diminuição da força muscular, degenerações articulares, amplitude de movimento e velocidade da contração muscular, hipotensão ortostática, tontura/vertigem, síncope, sedação, declínio cognitivo e demências, osteoporose, depressão, fragilidade, problemas nos pés, sedentarismo, problemas articulares e autopercepção de saúde ruim (FREITAS et al., 2011; PINHO et al., 2012; ALMEIDA et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; LUK; CHAN; CHAN, 2015).

No descortino do GF a respeito dos fatores de risco intrínsecos para as quedas os relatos sinalizaram as dificuldades de visão, audição, tontura e a polifarmácia:

“Quando fez dois mês que ela tava se recuperando... caiu de novo. Enroscou. Ela disse que sentiu tontura, tipo uma labirintite. Caiu e quebrou o fêmur de novo e tá se recuperando da

segunda cirurgia agora. Só que a segunda foi pior que a primeira, né. Então..ela disse que bateu o pé na cama... falou pra mim, mas, deu tontura nela.” (A3)

“Eles não tem mais agilidade, vai perdendo tudo né. Não enxerga, não ouve”.(A1)

“ a questão da própria medicação. Do uso da medicação. Às vezes, toma o remédio errado, às vezes toma em excesso, às vezes não toma. Nisso aí mesmo contribui muito pra ficar confuso né, na hora de andar”.(A2)

Dentre os fatores extrínsecos evidenciado na revisão de literatura em conformidade com a realidade exposta pelas ACS relacionados ao comportamento de risco e ambiente. No domicílio há o risco físico decorrente da má iluminação; tapetes soltos, pequenos ou capachos em superfícies lisas; carpetes soltos ou com dobras; bordas de tapetes, principalmente dobradas, pisos escorregadios como encerados ou pisos mal conservados; cordas, cordões e fios no chão (elétrico ou não); ambiente desorganizado com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão como sapatos, roupas, brinquedos, lixos e entulhos entre outros; móveis instáveis ou deslizantes; degraus altos ou estreitos, com altura ou largura irregulares; escadas com piso muito desenhado dificultando a visualização de cada degrau; degraus sem sinalização de término; presença de animais, barras de apoio, cadeiras, camas e assentos de altura inadequada; cadeiras sem braços; uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio; roupas compridas arrastando pelo chão; escadas com iluminação frontal (ALMEIDA et al., 2012;PEREIRA et al., 2013;LOURENÇO et al., 2013;LORD;MENZ;SHERRINGTON, 2006;LORD et al., 2007).

O GF enfatizou os fatores de risco extrínsecos, pela fácil visualização dos elementos e pelo conhecimento e experiências que as ACS acumulam sobre o assunto:

“ O problema é essas casas antigas né. Que eles fazem um cômodo, aumenta outro cômodo, põe um degrau dentro de casa. Aí aumenta outro pra lá, outro degrau. Aqui é tudo assim. Casa estreitinha”. (A1)

“Quando eu fui visitar a casa dela tinha bastante tapete no chão. Tinha mesinha que atrapalhava ela andar. (...) Ela caiu feio mesmo e tropeçando em cima da mesinha”. (A3)

“ Se possível apertar mais a fivela assim do lado, não deixar frouxo no pé, senão cai mesmo. Pra ter segurança né”.(A3)

“Ai. Idoso adora móveis, montoeira, coisa dentro de casa. Às vezes não dá nem pra você andar. A gente nem é tão idosa ainda, mas tem que ficar encostando nas coisas. É muita mobília, é muito enfeite, é muita, muita”. (A1)

As falas acima exemplificam os fatores extrínsecos evidenciados na residência de idosos assistidos na atenção primária como o uso de tapetes, iluminação inadequada, mobília em excesso, calçados inadequados, animais e crianças no domicílio.

Fatores comportamentais são concernentes às ações, emoções ou escolhas diárias e são modificáveis, uma vez que abrangem a polifarmácia (por vezes relacionada a automedicação), abuso de bebidas alcoólicas (consumo de 14 ou mais drinks por semana) e sedentarismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Fatores ligados aos aspectos socioeconômicos são a baixa escolaridade, baixa renda, déficit no acesso a serviços sociais e de saúde, falta de interação social e suporte em comunicação, moradia inadequada, viver sozinho, moradia em área rural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A maioria das quedas ocorre em casa ou nas áreas externas ao domicílio durante atividades rotineiras do dia a dia. Há uma dinâmica entre as condições ambientais e o comportamento individual. Muitas quedas ocorrem na tentativa de se evitar os obstáculos ou em locais onde o ambiente exige uma habilidade física demasiada (LEITE; KANIKADAN, 2016).

Outros autores assinalam que os ambientes mais perigosos são o quarto, em primeiro lugar, seguido por escadas e cozinha, e, por último, a sala de estar e o banheiro (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Um estudo prospectivo sobre variáveis acerca das quedas incluiu a idade avançada, a presença de mais de duas doenças crônicas, epilepsia, tontura, pouca visão, baixa mobilidade, quedas anteriores, comportamentos de risco e uma casa com alto nível de risco. Foram associados estatisticamente significativos a altos níveis de quedas a quedas anteriores, alta incapacidade funcional e uma casa com alto nível de risco ambiental. Percentualmente, atribuiu-se a histórico de quedas anteriores em 79%, alta incapacidade funcional em 51% e aos riscos ambientais em 40% (RANAWEERA et al., 2013).

Para elucidar a dimensão e relação entre os fatores que causam a queda e apresentar o poder de evidência de cada um, uma revisão sistemática (MORELAND et al., 2003) apontou os níveis de evidência dos fatores sobre o evento da queda com

níveis de 1 a 6, sendo que 1 é o nível de maior impacto, apresentado em caso de idosos na comunidade: 1- estado mental e drogas psicotrópicas; 2 – problemas de visão, balanço, diminuição ou disfunção da força nas extremidades, diminuição da função neuromuscular periférica, dificuldade na mobilidade e atividades instrumentais e básicas de vida diária, uso de dispositivos de auxílio à marcha, polifarmácia e presença de riscos ambientais; 3 – incontinência urinária, hipotensão ortostática e pós-prandial, tontura, alto nível de atividade física e drogas cardiológicas. 4- deficiência nas extremidades superiores ou força de preensão palmar, deficiência na coordenação, anormalidades na marcha, sedentarismo ou baixo nível de atividade, restrição na rede social; 5- depressão; 6- problemas auditivos, drogas antiinflamatórias.

No Brasil, outro estudo com o mesmo intuito (PERRACINI, 2005) realizou uma revisão e apresentou fatores e seu poder de evidência em sua relação com a queda reproduzidos na Tabela 7:

Tabela 7 - Fatores de risco, classificados de acordo com o peso da evidência, além da classificação de acordo com o tipo de queda

Fatores	Peso da evidência e tipo de queda
Sexo Feminino	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Idade ≥ 75 anos	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Ausência de Cônjuge	Baixo (recorrentes)
Raça Branca	Baixo (com lesões sérias)
Baixa Renda	Baixo (acidentais)
Morar só	Baixo (com lesões sérias)
Psico-Cognitivos	
Declínio Cognitivo	Alto (acidentais, recorrentes)
Depressão	Baixo (acidentais)
Medo de Cair	Baixo (recorrentes)
Condições de saúde/Doenças Crônicas	
Acidente Vascular Cerebral prévio	Alto (acidentais, recorrentes)
Diabetes	Baixo (acidentais)
Queixa de Tontura	Médio (acidentais e recorrentes)
Hipotensão Postural	Baixo (recorrentes)
Baixo Índice de massa corpóreo	Médio (acidentais, com lesões sérias)
Anemia	Baixo (com lesões sérias)
Insônia	Baixo (recorrentes, com lesões sérias)
Incontinência ou urgência miccional	Médio (recorrentes, com lesões sérias)
Artrite/osteoartrose	Baixo (acidentais)
História prévia de quedas	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
História prévia de fratura	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Neuropatia	Baixo (com lesões sérias)

Tabela 7 - Fatores de risco, classificados de acordo com o peso da evidência, além da classificação de acordo com o tipo de queda 65
(continuação)

Funcionalidade	
Comprometimento em Atividades de Vida Diária (AVD)	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Necessidade de dispositivo de auxílio a marcha	Baixo (acidentais)
Inatividade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Comprometimento sensorial	
Comprometimento visual	Moderado (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Equilíbrio corporal, marcha e mobilidade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Distúrbio neuromuscular	
Fraqueza muscular de membros inferiores	Alto (acidentais, recorrentes)
Fraqueza muscular de preensão	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Diminuição de reflexos	Baixo (acidentais)
Dor em joelho ou quadril	Baixo (acidentais)
Problemas nos pés	Baixo (acidentais)
Tempo de reação	Baixo (com lesões sérias)
Uso de medicações	
Psicotrópicas :Benzodiazepínicos	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Bloqueadores de canal de cálcio	Baixo (com lesões sérias)
Analgésicos	Baixo (com lesões sérias)
Número de medicações	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Condição médica prévia	
Hospitalizações	Baixo (acidentais)

Obs.: (se alta: fator presente na maioria dos estudos; se moderada: fator presente em boa parte dos estudos, mas não na maioria; e, se baixa: fator presente em um ou dois estudos apenas).

Fonte: PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: RAMOS, L.R.; TONIOLO NETO, J. **Geriatrics e Gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar** - Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Manole, 2005.

As relações socioeconômicas com as quedas se referem a interferência de outros elementos de ordem cultural, religioso, etário, gênero, étnico e renda (ALMEIDA et al., 2012).

Há de se fazer uma observação referente à literatura e ao encontrado na prática. No GF as ACS constataram a falta de adesão aos cuidados para prevenção de quedas e a relação com um suporte social deficiente, resultante da dificuldade financeira. Os idosos desprovidos de condições socioeconômicas favoráveis possuem dificuldades para prover as modificações ambientais, a compra de calçados adequados, o acesso a especialistas e outros profissionais ou até mesmo o acesso à unidade de saúde e ao uso de auxiliares de marcha como bengalas e andadores.

No contexto internacional, a literatura declara a prática de diversos programas governamentais para esta população referente à prevenção de quedas, com a provisão de

educação, especialistas para modificação ambiental, visita domiciliar e o fornecimento de subsídios para adequação da residência e, por vezes, de reforma para melhorias e aquisição de auxiliares de marcha. Estas constatações apenas evidenciam que muitos passos faltam para o alcance de uma prevenção de quedas efetiva, humanizada, centrada no idoso e integral, assim como políticas de financiamento em programas sociais e de saúde (ALVES JUNIOR; PAULA, 2008).

5.2.1.1 Comportamentos de Risco

Embora seja um fator de risco extrínseco, enfatizam-se os comportamentos de risco nesta seção. Será discutido separadamente este fator de risco, por observar-se uma lacuna na especificação ou evidenciação deste na literatura e nos documentos analisados. Estudo constata que nas pesquisas brasileiras pouco se retrata sobre a influência do comportamento e atitudes de risco do idoso sobre as quedas (MESSIAS; NEVES, 2009).

Comportamento de risco são atitudes, tarefas, hábitos e comportamentos adotados pelos idosos que mesmo diante de possíveis prejuízos, como a queda, estes são executados. Definições encontradas na literatura quanto aos fatores de risco comportamentais relacionam-se com ações humanas, emoções ou escolhas diárias que podem ser potencialmente modificáveis (JONAS, 2013). Em pessoas idosas, os comportamentos de risco são a propensão de atuar apesar da probabilidade de resultados adversos significativos em relação aos benefícios, e pode dimanar da inaptidão em adaptar as maneiras de agir, os hábitos e as atividades de acordo com as diminuições da idade, como a performance sensorial e motora (BUTLER et al., 2015).

A literatura tem apresentado este novo paradigma quanto à prevenção de quedas, ao constatar que os comportamentos de risco, em adição ao ambiente, podem atuar sobre a ocorrência de queda, pois interferem nitidamente entre a exposição ao risco e a queda (STEVENS; NOONA; RUBENSTEIN, 2010; DURU; ÜNSAL; BALCI ALPARSLAN, 2016).

Os comportamentos de risco, denominados sob a palavra chave “risk taking” foi inicialmente empregada pelos modelos de escolha racional para descrever os riscos assumidos em modelos de comportamento econômico (HAINES et al., 2015). A Teoria de Utilidade Esperada foi desenvolvida no século XVIII a partir de teorias para explicar as tomadas de decisão em nível individual e coletivo, e auxiliou na compreensão de

comportamentos complexos em investimentos de aplicações econômicas, consumo de bens não duráveis, relações familiares, escolhas profissionais, entre outros. Esta teoria sofreu algumas modificações ou relativizações (DIAS, 2010).

A análise de documentos sobre o envelhecimento e quedas na política brasileira similantemente trouxe algumas menções aos comportamentos de risco, por vezes de forma indireta, que devem ser aludidos.

O manual Cuidar Melhor e Evitar a Violência elaborado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (2008), registra que subir em escadas, abaixar-se para pegar objetos ou molhar plantas, usar cadeira de balanço, uso de sandálias, andar em calçadas irregulares são comportamentos de risco. Para tanto, recomendam adoção de comportamentos protetores como cuidados no transporte com ônibus e cuidados ao andar na rua, sempre levar água consigo, segurar em um suporte e pedir ajuda para subir ou descer do ônibus ou taxi, atravessar a rua somente quando o sinal estiver fechado para os carros, dentre outros.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017) denota quanto aos comportamentos que podem causar quedas: Evitar andar em áreas com piso úmido; Não utilizar a faixa de pedestre e cuidados ao utilizar instrumentos de apoio como muletas e bengalas.

O Caderno de Atenção Básica para o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que cita os fatores extrínsecos ressalta além dos fatores ambientais (especialmente residencial) a relação destes com os comportamentos e atividades desempenhadas pelo idoso para evitar novas quedas. Menciona que a maioria das quedas ocorre dentro ou nos arredores geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas, seja subindo ou descendo. Medidas que podem minimizar as quedas são a utilização de dispositivos de auxílio a marcha como bengalas, andadores; acomodação de gêneros alimentícios e outros objetos do cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se o uso de escadas ou banquinhos.

O documento elaborado pelo Estado de São Paulo Vigilância e Prevenção de quedas em Idosos (2010), amplia a discussão. Apresenta o comportamento de risco como a assunção que os idosos possuem para realizar atividades desafiadoras e não correspondentes à aptidão física, como andar em lugares mais movimentados, subir em banquinhos, andar com sapatos inadequados, não acender a luz ao entrar nos cômodos, automedicar-se, andar em pisos escorregadios ou desnivelados. Frequentemente estes

idosos também omitem informações relevantes aos familiares e profissionais, uma vez que os comportamentos revelam uma atitude de percepção de auto-eficácia que o torna menos cauteloso e menos prudente para as oportunidades de prevenção. O documento também pontua além dos fatores individuais, as questões de ambiente e de gênero. Também relata que embora hajam fatores intrínsecos envolvidos e o número de mulheres seja maior, além de elas viverem por mais tempo, as atividades distintas das mulheres as expõem a comportamentos de risco ligado às atividades domésticas, devido a assunção de papéis sociais voltado ao cuidado de outros, crianças, doentes ou outros idosos.

A análise dos comportamentos de risco sob a ótica desta teoria trouxe sobre a compreensão da tomada de risco e sua contextualização em três categorias (HAINES et al., 2015):

A primeira categoria se refere a uma ampla interface entre os elementos básicos da tomada de risco. É a interação entre o ambiente, entendido como estrutura física e as pessoas significantes para o idoso como profissionais de saúde e cuidadores, e a atividade a ser desempenhada. Pesquisas confirmam que o evento da queda é resultado de um conjunto de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos envolvidos (SÃO PAULO, 2010).

Exemplificando estes elementos nesta fala:

“Ela tem 68 anos, (...) caiu feio tropeçando em cima da mesinha (fator extrínseco – mobília inadequada) de noite, indo ao banheiro (fator intrínseco relacionado à medicação diurética ou incontinência) no escuro (fator extrínseco – iluminação inadequada) (...). Agora tá com medo de andar na rua, (...) vai ficar prisioneira dentro de casa (falta de apoio familiar)”(A3)

Na fala acima, pode-se observar a interface dos três elementos na queda: a falta de um apoio familiar (pessoas), a incontinência ou o uso de diuréticos que proporcionou o ir ao banheiro (atividade) e os fatores extrínsecos como a mesinha e o escuro (ambiente).

A segunda categoria representa a natureza do risco.

Quando o idoso possui a escolha, dividida entre a subcategoria voluntária e a não informada. É importante ressaltar que estas classificações são pontuais quanto às ações, as atividades. Uma tarefa, desempenhada pelo idoso pode ser voluntária e outra atividade não.

A subcategoria voluntária se refere ao caso em que o idoso faz a escolha de realizar a tarefa/risco ou não realizar. É relativo ao idoso que está consciente dos riscos envolvidos e assume a realização da atividade.

Isso acontece devido a alguns fatores ou situações que devem ser considerados (STEVENSON;NOONAN;RUBENSTEIN, 2010):

O primeiro deles a literatura observa que idosos se expõem ao risco porque não vêem a queda como relevante ou pessoalmente significativa por não sentirem-se vulneráveis. Estes se sentem saudáveis e confiantes (YARDLEY et al., 2006). Essa condição foi confirmada na prática das ACS no GF:

“Eu acho que o idoso não quer ser visto como incapaz né. Ele até sabe das limitações dele, mas não quer mostrar... que ele... eu posso. ‘Não quero que ninguém faça nada por mim, eu ainda quer fazer’.”(A5)

Um segundo aspecto dentro da subcategoria de decisão voluntária refere-se ao fato de que os idosos acreditam que as quedas são inevitáveis, consequências do envelhecimento e não podem ser prevenidas. Desta forma, idosos podem subestimar os seus riscos pessoais de queda. Autores descrevem que a prevalência de quedas está subestimada devido ao viés de memória e a tendência do sub-relato dos idosos de episódios de queda quando estes não causam lesões aparentes ou graves e que mais de 80% das quedas não são testemunhadas (HILL et al., 2016b; COUTO; PERRACINI, 2012; PHELAN et al., 2015).

“Vai saber onde ela mais caiu... ela só conta que caiu.”(A5)

Uma terceira situação muito comum, se apresenta a idosos quando escolhem ao exercerem tarefas ou atividades de não executarem medidas cautelares por medo de serem tachados de velhos, incompetentes, dependentes ou frágeis. As preocupações com a aparência pública, muitas vezes significam, por exemplo, o caminhar sem uso de dispositivos de auxílio à marcha mesmo que represente um risco. Qualquer restrição de atividades antes desempenhadas, trazem sentimentos de frustração, diminuição da independência e sentimentos de perda. Muitos idosos, por estes motivos, se tornam ansiosos e relutantes quando há conversas ou discussões sobre as quedas e fatores associados (BRITTO, 2012; CHILD et al., 2012; HILL et al., 2011).

“ Então, eles se preocupam muito com a opinião do outro. Talvez até queira, mas na frente do outros....”(A1).

A subcategoria não informada de comportamento de risco tange ao idoso que decidiu desempenhar a tarefa, mas não ciente de todos os riscos envolvidos (HILL et al., 2016b). Pesquisas reiteram o grande desconhecimento de idoso sobre as quedas, sua importância para a faixa etária e seus fatores de risco (DICKINSON et al., 2011a; HILL et al., 2011; DICKINSON et al., 2011b).

Quando não há escolha também chamada de “enforced risk taking”, algo é realizado quando não há alternativa, seja porque a tarefa deve ser desempenhada ou quando não há ajuda disponível ou o idoso sente não ter escolha quanto a realizar a atividade ou não. Essa decisão ou alternativa também considera a percepção do idoso sobre a atividade e sua finalidade. Jardinagem pode ser considerada essencial ao idoso e para os profissionais de saúde ou para outros idosos possa ser opcional.

“Teve que pegar uma marmita que é do outro lado, tropeçou no meio fio e caiu.” (A1)

A terceira categoria relacionada aos comportamentos de risco para quedas em idosos será subdividida em quatro “nós” na tomada de decisão quanto ao assumir o risco (HAINES et al., 2015).

O primeiro nó é a *Compensação do risco*. Define-se pelo ajuste que o idoso faz no comportamento devido sua capacidade ou não para realizar determinadas atividades.

Há muitas precauções que pessoas mais velhas podem tomar para evitar quedas sem requerer ajustes muito grandes em seu comportamento ou no ambiente doméstico. As atividades diárias exigem frequentemente o ponderar entre o risco de cair e a habilidade de se evitar a queda. Dessa forma, deve haver um equilíbrio que deve ser encontrado entre o comportamento de risco e a prevenção, que é difícil para muitos idosos (LEITE; KANIKADAN, 2016; POHL et al., 2015).

Autores endossam que é importante observar, identificar e informar ao idoso quanto as medidas cautelares, que minimamente podem ser adotadas e trarão grande benefício aos idosos quanto a redução da chance da ocorrer a queda (BAIXINHO; DIXE, 2016).

O segundo nó diz respeito ao *Pedir ajuda*. Algumas vezes o idoso pode solicitar auxílio quando há compensação do risco. No entanto, o não pedir auxílio quando querem ser independentes ou por pensarem ser um fardo para as outras pessoas como familiares ou cuidadores.

“E uma coisa gente, todos os idosos: ‘eu não quero dar trabalho pra ninguém’.” (A1)

“É como que elas...a filha vem todos os dias e ela se sente um peso pra filha. E aí ela chora.”(A4)

A Organização Mundial de Saúde (2015b) também encontra este argumento dos idosos e ressalta que o sentimento de peso à família é proveniente das mudanças nas composições e atributos tradicionais de relações e deveres familiares e influencia nos cuidados ofertados aos idosos e na disposição destes ao engajamento para prevenção e autocuidado.

Pesquisa realizada na Austrália, com objetivo de avaliar a educação da equipe de saúde para prevenção de quedas em hospitais regionais, retratou que as maiores barreiras para promover a segurança dos pacientes foi o desejo do paciente de não importunar e ser independente. Frisa-se que a equipe deve estar preparada para compreender as motivações, o modelo cultural para aquele idoso e comunidade, a fim de fornecer a educação necessária para a adoção de comportamentos saudáveis (CHOU et al., 2006; HILL et al., 2016a, HILL et al., 2016b).

O terceiro nó aborda as situações quando o idoso está *Testando os próprios limites físicos*. A tomada de risco é realizada na recuperação motivada pela vontade e determinação em permanecer independente ou para manter ou recuperar o estado funcional anterior.

De certa forma, o comportamento de risco, por vezes, faz parte do processo de reabilitação e adaptação ao estado de independência ou esclarecimento ao idoso de suas reais limitações (HAINES et al., 2015). Autores focalizam que há muitos idosos que desenvolvem uma restrição auto-imposta, decorrente deste processo de adaptação. Uma pesquisa apontou que 88% dos idosos tem medo de cair e por isso restringem algumas tarefas ou atividades comuns que eles poderiam realizar, prejudicando sua autonomia e ficam susceptíveis a novas quedas (POHL et al., 2015; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014; PORTER; MATSUDA; LINDBLOOM, 2010).

Autores reiteram que é comum entre os idosos o desejo de testar os próprios limites físicos, relacionado a dificuldade e resistência em reconhecer e compensar as limitações e entender as mudanças físicas ao longo do tempo. Muitos idosos não reconhecem os próprios níveis de risco de queda (HILL et al., 2013).

O quarto nó alude a *deficiência na prestação da assistência*. Esta perpassa a compensação de risco e o pedir ajuda.

Há, entretanto, que se fazer observação quanto à complexidade da queda. É verificada na literatura que as pesquisas não pontuam a distinção de quanto à

predisposição a quedas pode ser alavancada pela tomada de riscos ou outros fatores. Pesquisas com estrutura simplificada, da mesma forma, não conseguem precisar exatamente a influência que os profissionais de saúde, cuidadores e familiares têm sobre os riscos assumidos pelo indivíduo mais velho (HILL et al., 2011). Desta forma, os riscos comportamentais podem ser caracterizados como uma deficiência de cuidados em segurança, a falta de conscientização sobre sua condição de saúde pela falta de comunicação com a equipe de cuidados e a exposição ao risco (KOH et al., 2008).

Publicação da Análise documental descreve que idosos muito ativos, isto é, aqueles que realizam muitas atividades e aqueles com muito baixo níveis de atividades apresentam risco de quedas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008) também ressalta quanto ao fator comportamental o grau de exposição dos idosos inativos (para quedas no domicílio) e ativos (para quedas fora do domicílio).

Os idosos mais ativos devido a sua maior exposição aos riscos ambientais, pois as tarefas que desempenham exigem mais equilíbrio corporal. Normalmente estes idosos, mas ativos realizam mais atividades de lazer e recreação. Comumente caem em escadas, em locais distantes de casa e durante atividades de deslocamento ao curvar-se ou alcançar. Estes apresentam as lesões mais graves (PHELAN et al., 2015).

“Eu tenho uma senhora, ela não pára. Ela é bem idosa, mas é bem ativa (...). Eu sempre passo lá e vou perguntar como a senhora tá né: ‘Ai bem... eu caí’. Mas como a senhora caiu? ‘Ai, tava não sei aonde e caí’.” (A5)

Em contraste, idosos mais limitados funcionalmente, pesam sobre estes os fatores intrínsecos como a fraqueza muscular, distúrbios de marcha e de equilíbrio, e tendem a cair em casa durante atividades cotidianas (COUTO; PERRACINI, 2012; PHELAN et al., 2015).

Feitos estes apontamentos, os comportamentos de risco citados na literatura, que podem aumentar o risco de quedas incluem a necessidade de ajuda no uso do banheiro (banheiros que não possuem barras de apoio); exercícios inadequados; uso de chinelos e outros calçados inadequados como solados derrapantes e saltos altos, sandálias abertas sem fixação como velcro ou fivela, solas muito grossas; conhecimento insuficiente; o evitar de pedir ajuda em atividades diárias; uso inadequado de instrumento como o andador; realizar tarefas apressadamente como caminhar rápido, ir rápido ao banheiro, virar bruscamente, rápidas mudanças de postura; movimentos motores inseguros; falta de atenção; limitações no balanço, em movimentos que diminuem o período de

planejamento das ações motoras podem resultar em perda do equilíbrio (DURU et al., 2016); polifarmácia; uso de álcool e tabaco; comportamento sedentário; peso corporal acima do normal; medo de cair; uso de calçados inadequados; uso de artefatos auxiliares de mobilidade; subir em banquinhos para alcançar objetos no alto; descer escadas carregando cargas pesadas; andar em piso molhado ou em locais pouco iluminados; tomar banho sem barras de apoio; levantar-se rapidamente ou virar a cabeça ou o tronco bruscamente para trás (JONAS, 2013); como a realização da limpeza de banheiros e cozinhas e sua exposição ao piso molhado.

Outros autores relatam também vestir calçados inadequados como sapatos de salto alto, e acrescentam andar em áreas de grande tráfego; usar a mobília para alcançar objetos fora do alcance (STEVENS, 2010). A maioria das quedas ocorre no quarto, no banheiro, enquanto se está levantando, transferências e no caminhar. As quedas durante a transferência da cama para a cadeira podem estar associadas a um pobre julgamento quanto à altura da cadeira ao sentar (BAIXINHO;DIXE, 2016).

Reafirmando a literatura, no GF foram mencionados os comportamentos de risco como grande colaboradores, sempre presente no evento das quedas:

“Subiu em cima do banquinho e foi pegar uns tais papéis. No que ela subiu, que ela foi pegar no guarda roupa, o maleiro veio e caiu por cima.” (A2)

“o corpo né... eles acham que ainda dá.. que não tem. Ai eles levantam numa vez e dá aquela tontura, é aonde...” (A4)

“Entendeu. Se tem animal em casa, fica passando no meio das pernas.” (A1)

“...esse chinelo, ele não tá bom pra senhora. Porque várias vezes eu vou lá e ela tá com o mesmo chinelo.”(A3)

“Mas ela não sossegou (...), foi sozinha pegar a cama box pra levar pro quarto (...). A cama caiu em cima dela. Ela chegou a ficar internada alguns dias por causa disso.” (A5)

“não deixa a luz ligada porque acha que gasta muito.” (A1)

“Porque o neto comprou a bengala. ‘Olha vô!’.... Ela não vinha (com a bengala)”(A2; A3)

Como representado acima comportamentos de risco mencionados no GF são referentes ao uso de auxiliares de marcha, calçados inadequados, animais dentro de casa, uso de escadas ou banquinhos para alcance de objetos no alto, levantar da cama subitamente, iluminação inadequada, atividades além da capacidade física.

5.3 ADESÃO

O documento mais proeminente sobre a adesão foi publicado pela Organização Mundial de Saúde e retrata a adesão como um problema mundial de grandeza impressionante. Ocorre independente de classe social, raça, país ou doença (PAPARELLI, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O termo adesão utilizado em português, varia amplamente entre autores. Suas variações refletem diversidade quanto à compreensão sobre o papel dos atores envolvidos. Os termos que originam, em inglês, nos quais compõem esta dimensão da aderência são *compliance* e *adherence*.

Compliance é um termo que surgiu na década de 70 que define o quanto o comportamento do paciente segue igual às recomendações de saúde. Este termo tem sido criticado atualmente dado que posiciona-se sob uma visão coercitiva sobre um paciente passivo, numa relação entre o paciente e os profissionais de saúde ditadora e prejudicial (OLIVEIRA, 2008; SANTA HELENA, 2007). É um modelo centrado no médico para controle do paciente que deve cumprir ou obedecer às prescrições (PAPARELLI, 2013; SOUZA, 2008).

A principal diferenciação entre os termos reside no paciente como sujeito ativo sobre seu tratamento. Isto refere-se não somente ao aderir ou não às recomendações, mas também sobre as propostas terapêuticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Desta forma, sob o termo *Adherence* está implicado uma relação dialógica e voluntária de colaboração, de negociação e aliança entre os profissionais de saúde e o paciente. Assim, o resultado terapêutico também é responsabilidade do paciente, pois está envolvido nas decisões e no plano de cuidado (OLIVEIRA, 2008).

Em português, os termos “adesão” e “aderência” podem ser utilizados como sinônimos (GRECO-SOARES; DELL’AGLIO, 2017, p. 323). O substantivo feminino adesão significa “achar-se ligado, unido ou adepto a algo”. Aderência significa “aderir; apego a uma ideia” (MICHAELIS, 2016).

Embora seja recorrentemente empregada de forma inerente ao regime medicamentoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), a adesão compreendida e defendida nesta pesquisa incorpora uma compreensão holística. Este conceito abrange aspectos quanto ao “estabelecimento de vínculos com a equipe de saúde, o acesso à informação e ao acompanhamento, a adequação de hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde” (BRASIL, 2007a, p.14). Desta forma, a adesão envolve não a aceitação, mas a escolha racional do paciente

quanto ao tratamento frente a sua identidade pessoal, a negociação ou a definição de metas entre o paciente (fortalecendo sua autonomia) e a equipe (no alcance dos objetivos) e a preservação da qualidade de vida (DIMATTEO, 2004; JANUZZI, 2014).

Quaisquer estratégias de prevenção de quedas em nível individual ou comunitário precisam compreender os determinantes críticos para adesão e seu impacto para os riscos de quedas no idoso (MCMAHON; TALLEY; WYMAN, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Diante da Análise Documental, cita-se o documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (2005, p.25) que afirma que a adesão inclui a “adoção e manutenção de comportamentos protetores como atividade física, dieta saudável e o evitar os fatores de risco”. Além disso, o documento criado pelo Estado de São Paulo (2010, p. 45), realça que é “extremamente desejável” a adoção de cautela e a redução de comportamentos de risco.

No idoso, a adesão terapêutica torna-se especialmente relevante devido à repercussão da não adesão nesta população. A baixa adesão interfere no controle dos sintomas e capacidade funcional que reduz seu bem estar e intensifica o uso dos sistemas de saúde (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010).

Estatísticas demonstram que as adesões entre os idosos relativas às recomendações médicas na Rede de Atenção à Saúde, estão em torno de 50%, variando entre 4 e 92% (MORAES, 2012). Estudo realizado na Unesp em Rio Claro (SP) apresentou uma taxa de 50,8% de adesão em um programa de intervenção para Hipertensos, Diabéticos e Obesos em 5 anos para usuários de Unidade Básica de Saúde (COSTA; BOTTCHER; KOKUBUN, 2009). Outras pesquisas sobre a aderência em idosos sobre os mais diversos aspectos exemplificam a questão em diferentes ações preventivas.

Quanto a exercícios físicos, pesquisas revelam aderência de 23,6% em Unidade de Saúde da Família (JACONDINO, 2013). Pesquisa internacional, da América do Norte, América do Sul e Europa, sobre a adesão a exercícios físicos mostra que há aderência em 50 a 75% para programas com mais de seis meses. Esta pesquisa apontou outros trabalhos em que as médias de adesão ficaram em torno dos 69,1% (FARRANCE; TSOFLIOU; CLARK, 2016). Pesquisa realizada em Amsterdam revela que de acordo com relato dos participantes 56,8% praticavam a atividade física recomendada. No entanto, pelos dados por equipamento, o percentual caiu para 24,6% (VISSER et al., 2014).

Decrescendo mais nas estimativas, estudo com mais de 5000 idosos atribuiu cerca de 21% de adesão às recomendações de saúde pública relativas a atividades físicas de força ou equilíbrio, com um limite inferior às estatísticas provenientes de revisões sistemáticas (FRANCO et al., 2016). Pesquisa de revisão publicada sobre esta questão internacionalmente apresenta um quadro desanimador. Afirma que menos de 10% dos idosos com 60 anos ou mais são fisicamente ativos mesmo considerando requisitos baixos de atividades físicas (30 minutos em três vezes por semana). E ainda que, a maioria dos idosos dos estudos avaliados parou de realizar as atividades quando houve o término dos programas de intervenção (BESDINE; WETLE, 2010).

Quanto à adesão ao regime medicamentoso, em estudo realizado na Unicamp, a pesquisa demonstra uma adesão a medicamentos de seguimento ambulatorial de 88,5% (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). Outra pesquisa que avalia a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, em Santa Catarina, revela uma adesão de 42,3% (PUCCI et al., 2012). Pesquisa de 2013 sobre idosos em Unidade de Saúde da Família no Rio Grande do Sul em avaliação de adesão sobre medicamentos foi de 56% (JACONDINO, 2013). Estudos revelam que 41-74% dos idosos não aderem ao tratamento medicamentoso, o que gera cerca de 10% das admissões hospitalares e outras consequências como quedas e exacerbação das doenças (SCHMITT JUNIOR; LINDNER; HELENA, 2013). Outra pesquisa apresenta que a adesão dos idosos para as recomendações dos programas de avaliação geriátrica variam de 46-76%. Além disso, acrescenta que as recomendações sociais e de autocuidado tem o alcance de 46-67% (AMINZADEH, 2000).

Quando se refere às quedas, pesquisas atestam a dificuldade de aumentar a adesão dos idosos na comunidade aos programas de prevenção de quedas aos quais estima-se que em média 50% dos idosos sejam não aderentes e, que correspondentemente à prevenção de quedas, o maior desafio seja a adesão dos idosos aos programas (BRITTO, 2012). Estudos apresentam que a aderência a programas de avaliação global e prevenção de quedas variam entre 10 a 82% (GEORGETON et al., 2015; DICKINSON et al., 2011a; DICKINSON et al., 2011b). Outra pesquisa também demonstra que a adesão aos programas de prevenção de quedas varia entre 21-74% (FRANCO et al., 2016).

Realizado no Canadá, um estudo mostrou taxa de aderência de 37,6% no grupo de intervenção para prevenção de quedas (JENKIN; HOCH; SPEECHLEY, 2012). Uma pesquisa nacional elaborada na Austrália reitera que 60% dos idosos não estão dispostos

a participar em qualquer programa para gerenciar preocupações sobre quedas (HILL; ETHERTON-BEER; HAINES, 2013). Estudo nacional recente de método transversal apresentou uma prevalência de práticas preventivas para quedas de 35,7% (GASPAR et al., 2017), semelhantemente a pesquisa realizada na Florida nos Estados Unidos, que apresentou taxas de aderência de 34,3% (LELAND; PORELL; MURPHY, 2011) em prevenção de quedas. Estudos desde a década de 90 já questionavam sobre como lidar com a adesão (FRANK et al., 1997), que sancionavam que apesar dos esforços internacionais para redução do número de quedas e suas implicações potenciais em idosos, pois esse segmento populacional permanece com baixos índices de adesão às recomendações (TAYLOR et al., 2017).

A promoção de programas para prevenção de quedas porta sua relevância em diversos quesitos. A adesão ao tratamento é essencial ao bem-estar dos idosos e responsável por complicações desnecessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Embora menos de 10% das quedas resultem em consequências mais graves como fraturas ou trauma encefálico, as quedas são precursores de futuros acidentes, notório sinal de prejuízo à saúde do idoso e precursor de consequências fatais.

Financeiramente, o custo estimado nos Estados Unidos com quedas é de 20 bilhões de dólares anualmente e dados internacionais demonstram achados similares que apenas ratificam que as quedas possuem importantíssima relação com os custos dos sistemas de saúde (SHUMWAY-COOK et al., 2009 PHELAN et al., 2015; BESDINE; WETLE, 2010). Em 2009 no Brasil, foram 57,61 milhões de reais com internações e quase R\$81 milhões com as fraturas em idosos (FALSARELLA; GASPAROTO; COIMBRA, 2014). Estudo em Ribeirão Preto (no Estado de São Paulo), no período de 2012 e 2013, apresenta que com relação às internações hospitalares, as quedas foram responsáveis por 58% das internações por causas externas em idosos. E ainda, por grupos na faixa etária de 60 anos ou mais durante o ano de 2010, as quedas foram responsáveis pela maior quantidade de dias de permanência anual com 58,2% do total de dias de internação, com média de 239,5 dias de internação por mês, tendo como consequência 61,2% de óbitos por causas externas neste grupo populacional (VICENTINE; FERREIRA; VINHOTI, 2016).

A aderência tem sido destacada como um importante fator que influencia na eficácia das intervenções. Assim, a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde recomenda o investimento dos países na pesquisa operacional como formas de avaliar as intervenções na saúde. Por isso, os sistemas de saúde e os profissionais que nela atuam

precisam enfocar também nos fatores que influenciam na adesão (WORLD ORGANIZATION HEALTH, 2003).

Além disso, a aderência dos idosos à prevenção de quedas interfere no manejo da saúde em geral e não somente às quedas, pois os temas que abarcam os programas, por serem multifatoriais, facilitam a adoção de fatores protetores e promoção da saúde em vários contextos (CHOU et al., 2006).

A discussão com o GF evidenciou a frustração e o ceticismo das ACS quanto à adesão e à mudança de comportamento do idoso.

“Só o idoso, eles não dão conta porque eles não querem mudar mais. Como você muda a cabeça de um idoso? A gente não muda de um novo, imagina de um idoso”. (A1)

Vale-se destacar que, como é um fenômeno contínuo, classificar os indivíduos de acordo com a adesão seria reduzir o tema demasiadamente (DAL-FABBRO, 2005). Considerando a adesão como um conjunto de movimentos pessoais e sociais distintos daqueles que anteriormente e habitualmente eram executados pelo idoso, por causa de sua condição de saúde, na perspectiva do indivíduo pode-se cogitar de que há três tipos de pessoas: haverá usuários que aceitarão as recomendações, haverá aqueles que aceitarão parcialmente e aqueles que, infelizmente, não aceitarão as recomendações para prevenção de eventos catastróficos à saúde do mesmo (PAPARELLI, 2013).

5.3.1 Dimensões

A aderência é um processo dinâmico, multifatorial, interdisciplinar (psicologia, antropologia, educação e biomédica), resultante da conexão de múltiplos elementos de coeficientes subjetivos, complexos. Tem sido estudado há décadas e é crescente o número de pesquisas acerca desse tema desde 1960, que buscam compreender as razões da não aderência em diversos contextos e sob diferentes referenciais teóricos, medir a adesão e analisar estratégias metodológicas variadas para lidar com este processo de decisão (OLIVEIRA; JOSE; CALDAS, 2017; SANTOS, 2010; RECKZIEGEL, 2014).

Por ser multifacetada, a adesão tem sido fragmentada em dimensões a fim de que possa ser contemplada sistematicamente em todo o seu conjunto intrincado de elementos constituintes, englobando movimentos pessoais, familiares e institucionais para a incorporação prática das atividades e intervenções (RECKZIEGEL, 2014). Essas dimensões apresentam-se elencadas quanto ao indivíduo ou paciente, ao serviço de saúde e aos fatores econômicos e sociais.

Entretanto, não se têm o objetivo, nesta pesquisa de minimizar a complexidade da adesão. Uma mudança sustentada no comportamento de saúde é extremamente labiríntico e profundo. Envolve múltiplas ações e adaptação ao longo do tempo. E não se trata de um evento, mas de um processo. Envolve o conhecimento, a consciência da percepção, a intenção, o comportamento de mudança e a manutenção deste comportamento. É longo e complexo processo (GLANZ; BISHOP, 2010).

A dimensão relacionada ao *Paciente* ou *Indivíduo* abrange diversas vertentes. Idade, gênero, raça, etnia e entende-se que não há um padrão de pacientes não aderentes e não serão pormenorizados neste estudo. Outra perspectiva, acerca da adesão dos indivíduos explana sobre conhecimentos, atitudes, crenças, motivação e expectativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Estes serão brevemente expostos.

Embora relevantes, os fatores pertinentes ao paciente têm sido os mais focados quando se trata de adesão. Evidências confirmam que o fator alusivo aos serviços de saúde tem expressivos efeitos sobre a aderência, de forma que os elementos referentes ao paciente não devem servir de forma a culpabilizá-lo quando não há adesão (OLIVEIRA, 2008; DAL-FABBRO, 2005).

A adesão do paciente pondera em questões psíquicas, bem como as questões de natureza mais ampla como as interações interpessoais. A adoção de fatores protetores e a exclusão de comportamento de risco são concernentes à experiência de vida, a subjetividades e herança cultural aos quais pertencem as crenças, valores e atitudes edificadas em espaços comunitários, simbólico e físico dos sujeitos (FAVA et al., 2011; PAPARELLI, 2013).

Com relação à cultura, a literatura ressalta a ingerência deste fator sobre a adesão aos programas de prevenção de quedas. Por exemplo, comunidades sul-asiáticas e caucasianas na Europa, relacionam ao envelhecimento o fatalismo, onde as consequências ao idoso estejam fora de controle sob a atuação divina. Portanto o envelhecer e a queda devem apenas ser aceitos (CHILD et al., 2012).

Conceituando o termo atitudes, reputa-se que estes são sistemas mentais que permeiam o nexos entre os pensamentos e o comportamento. São assimilados socialmente por meio das experiências com as pessoas em sua história e que por meios dos sentidos figurados, cognitivos e afetivos, foram atribuídos ao envelhecer. São essas crenças compreendidas e coletivamente construídas que permeiam a valorização que o indivíduo imputa ao envelhecimento ativo e saudável (PATROCINIO; PEREIRA, 2013).

Dentro desse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), explana que a inclusão e integração das crenças e modelos culturais sobre o envelhecimento devem ser reconhecidos para favorecer a adesão e eficiência dos recursos.

Uma das atitudes que impactam na adesão dos idosos nas prevenções de quedas resulta da visão produzida sobre o envelhecimento. Para a sociedade, o idoso é senão alguém que viveu por muito tempo. Desta forma, diante de algo sobre o qual se é impotente, diante da condição de finitude a que se está submetido e a ideia iminente da morte, mais presente nesta fase de vida do que nas anteriores, questões sobrevêm a todos os seres humanos e que podem impactar sobre a adesão dos idosos para promoção da saúde (CORREA, 2009).

Por que tentar manter-se saudável se o findar é inevitável? Essa pergunta, obviamente pela sua complexidade, de acordo com a literatura não tem uma resposta correta. A capacidade de aceitar as modificações derivadas da senescência é a principal idiossincrasia do envelhecimento saudável. Porque diante de um tempo finito de existência há uma história, há expectativas individuais que se constituem não em um fim somente, mas "numa jornada". Assim a percepção de saúde não deve determinar o sucesso do envelhecimento, mas as crenças sobre a significação da vida e sobre os fatores individuais, sociais e ambientais (TEIXEIRA; NERI, 2008, p.83).

Estas implicações sobre o fim da vida, não ocorrem facilmente e trazem em cada indivíduo diferentes maneiras de enfrentamento. Sentimentos como a inutilidade podem suceder a alguns. De certa forma, em alguns, reproduz-se as retratações pejorativas da velhice, resultado do sistema capitalista que apropriou-se de tal forma em nosso cotidiano e visão da vida que nossos alimentos, nossas casas, conhecimentos, materiais a até mesmo nossas "convicções religiosas são espaços que foram tomados pela lógica do mercado". Pessoas igualmente às mercadorias, que por não dispor da posse dos meios de produção, vendem sua força de trabalho. O que dizer do velho, diante de uma sociedade que requer um intenso ritmo de trabalho, vagas disputadas com cada vez mais exigências e polivalência. Torna-se descartável, desvalorizado, fruto da mercantilização das relações sociais. Esse estigma sobrecarrega não somente aos jovens, mas também aos idosos (MUNIZ; BARROS, 2014).

Outro sentimento é a negação. A negação de toda a estigmatização que antes lhe fora apresentado socialmente, como se nunca houvesse de chegar. Muitos evitam pensar nisso a fim de evitar sofrimento. Continuam vivendo a vida, no entanto, observa-se a

preocupação com a saúde a fim de viver mais tempo e melhor. Este assunto deve ser discutido, refletido e trabalhado durante nossa trajetória, não para que haja a negação da finitude da vida, mas para que seja planejada e desfrutada em sua plenitude (MARI et al., 2016).

Destarte, a adesão para a prevenção de quedas, torna-se um modo de defrontar o envelhecimento e as adaptações que este requer diante das condições físicas que lhe são impostas. A adesão à prevenção de quedas reflete atitudes de como o idoso lida com o envelhecimento e imprescindivelmente deve ser observado para permear a adesão deste.

As percepções sobre o envelhecimento impactam nas percepções das quedas e sua prevenção. Por isso devem ser consideradas prioritariamente. Pesquisa relata que as percepções dos idosos sobre as razões da participação em atividades de prevenção não é levada em conta e por isso não favorece a adesão e engajamento na redução de quedas (HILL et al., 2011). Sentimentos como negação, vergonha ao participar de programas de prevenção quedas por estar associado à percepção de velhice e à fragilidade (CHOU et al., 2006).

A vaidade atrelada à autoestima, também interferem nas percepções sobre o envelhecimento e prevenção de quedas, no sentido do uso de medidas protetoras. Isso é confirmado pela resistência ao uso de auxiliares de marcha como bengalas ou andadores. Estudo revela que essa foi a atividade mais difícil de ser aceita (VIVRETTE et al., 2011), fato confirmado pelas agentes comunitárias de saúde:

“Eles tem uma dificuldade muito grande de aceitar a bengala. Mesmo o médico falando que é bom e ajuda, eles tem uma resistência muito grande. O que que eles vão falar de mim? Eles tem vários meus... tem muitas quedas na rua.” (A4)

“Que nem a donapor exemplo, ela tem uma cabeça ótima. Pra ela usar a bengala foi quantos anos”.(A1)

“Porque ter uma vergonha de andar com a bengala, me explica? Olha o outro usa. Eu acho que ele se sente limitado. Nossa eu tô muito velho”” (A3)

“O dia em que eu precisar (usar uma bengala) só faço uma exigência: eu quero uma pink.” (A2)

Essas falas exemplificam que a bengala (ou auxiliares de marcha) simboliza a aceitação da limitação relacionada à velhice, assim como o sentimento de vergonha, a inutilidade, a aceitação da vulnerabilidade, a perda da autoestima, a perda da autonomia e independência (CHILD et al., 2012).

Outro tópico a ser considerado quanto ao paciente em sua aderência é sobre o conhecimento deste sobre a doença ou os riscos. Estudos, ao longo das últimas décadas correlacionam o incremento do conhecimento sobre quedas à consciência, à intenção de

mudança e à redução da frequência das quedas de fato. A prevenção parte inicialmente da informação a este segmento populacional sobre os possíveis fatores de risco (SILVA et al., 2014; SHUMWAY-COOK et al., 2009; CUMMING et al., 2001; GLANZ; BISHOP, 2010). Mas sua incorporação é singular para cada indivíduo. Não ocorre de forma mecânica e linear dentro do sistema cognitivo, pois está circunscrita numa perspectiva psicológica, social e simbólica (PAPARELLI, 2013).

A análise documental reafirma esta questão. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) reconhece que os idosos ativos são “estimulados a articular informação e experiências como agentes das ações a eles direcionadas, identificando o potencial de bem-estar físico e prevenindo a saúde”. O Decreto 8.114/13 no intuito de valorização e defesa do direito das pessoas idosas fundamenta-se no eixo de informação e emancipação. Estes podem ser averiguados nas diretrizes onde constam a ampliação de oportunidades de aprendizagem do idoso e a ênfase no protagonismo visando a manutenção da autonomia. E ainda, o documento elaborado pela Organização das Nações Unidas (2003) realça que pode-se prevenir as lesões e proporcionar ao idoso a adoção de medidas de proteção por meio do conhecimento sobre as causas das quedas. Por isso, retrata que as atividades de promoção, educação e prevenção precisam expor os comportamentos de risco.

Autores demonstram o desafio que se impõe à equipe o ensinar o idoso e a família. Ressalta-se que nesse processo a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde (MARTINS et al., 2007a).

Em relação aos conhecimentos, estes podem ser classificados em:

(1) falta de conhecimento sobre as quedas e seus riscos. Os idosos conhecem parcialmente os fatores de risco sobre as quedas, por vezes desconhecendo importantes fatores de risco como medicamentos ou obstáculos no ambiente doméstico (HILL et al., 2011; SILVA et al., 2014).

(2) a falta de conhecimento sobre a prevenção de quedas e suas recomendações. Muitos idosos não estão interessados ou motivados para receber informações e frequentemente subestimam o risco de queda (LAM et al., 2017).

A relação da adesão e o desconhecimento sobre os riscos é explicado nas teorias de mudança de comportamento (em especial o Modelo de Crenças em Saúde ou Health Belief Model), como a percepção da susceptibilidade e severidade (CHAMPION; SKINNER, 2008).

A percepção de susceptibilidade concerne à percepção subjetiva do sujeito quanto a sua própria vulnerabilidade aos riscos que as quedas podem proporcionar. As pessoas estimam seus riscos à saúde, sua susceptibilidade, por meio de processos analíticos e valores pessoais, fatores sociais, culturais e afetivos (CHAMPION;SKINNEER, 2008;MCMAHON;TALLEY; WYMAN, 2011).

Pesquisa salienta que as perspectivas de risco de quedas associam-se à percepção da susceptibilidade. O medo dos idosos é representado em sua vulnerabilidade na perda de debilidades físicas, dor, perda da independência, vergonha, falhas pessoais e que estes influenciam a participação dos idosos quanto aos exercícios físicos e nas atividades interpessoais (CHAMPION;SKINNEER, 2008; MCMAHON;TALLEY; WYMAN, 2011).

Já o conceito de percepção de severidade, reporta-se à magnitude daquele agravo. Dessa forma, se relacionado às quedas, essas quando creditadas pelo idoso como grave e que terá sobre ele consequências substanciais ou letais, o faria assumir atitudes de prevenção (PAEK; HOVE, 2017).

Outro estudo identifica que embora os idosos da comunidade conheçam a importância das quedas como uns dos problemas de saúde pública, eles pensam que, mesmo que haja a queda, seriam capazes de retornar a mesma condição atual de vida e funcionalidade (VIVRETTE et al., 2011).

A descrença sobre a eficácia das recomendações de prevenção de quedas é confirmada em pesquisa, em que, idosos declararam quanto a prevenção de quedas que a maioria referiu não haver expectativas relativas às informações sobre quedas. O desconhecimento dos benefícios da prevenção e as consequências da não aderência são apontados como um dos principais fatores da não adesão (CUMMING et al., 2001;PAPARELLI, 2013; HILL et al., 2011; BOONGIRD; ROSS, 2017).

Sobre os conhecimentos e a adesão, os estudos que utilizam os conceitos de percepção de susceptibilidade e severidade compartilham a suposição de que para tomar medidas preventivas estes idosos devem crer que estão seguindo recomendações em saúde para diminuir as possibilidades do evento e acreditar que os benefícios provenientes das recomendações superam o custo ou as barreiras percebidas para serem cumpridas. Mas, antes de tudo, essas crenças precisam ser incorporadas diante do pressuposto de que a comunidade deve confiar no sistema de saúde e as informações que provém deste, por terem princípios científicos, serão efetivos sobre suas condições de saúde (JOSEPH et al., 2009).

Entretanto, sobre a correlação entre o conhecimento acerca das quedas e a adoção de fatores protetores há autores que apresentam objeção quando se fala especificamente de adesão em idoso, embora se reconheça que os profissionais de saúde têm preliminarmente uma ideia de correspondência entre novos conhecimentos e uma mudança de comportamentos. O que se traduz em muitas vezes, no cotidiano pelo uso de coerção, por parte dos profissionais ao afirmar as fatais consequências se o idoso permanecer executando seus comportamentos de risco. Observa-se na prática o uso deste artifício corriqueiramente para alcançar a aderência. Entretanto, pesquisas apontam que entre os idosos, particularmente, novos conhecimentos não são originários de mudanças (GAZZINELLI et al., 2005).

Isto advém por dois motivos. Primeiramente, a mudança de comportamento e a integração de práticas seguras estão ligadas a diversos fatores e não apenas ao cognitivo. Não se modifica a subjetividade das representações simbólicas, as crenças e os valores somente diante da aquisição de novas informações (GAZZINELLI et al., 2005). Embora, principalmente defendido por teorias racionais para mudança de comportamento e se constate que para ocorrer uma modificação precisa de se conhecer os motivos por meio de informações sobre a doença, a adesão para aquisição de comportamentos protetores na velhice, perpassa por diversos determinantes metafísicos que estão além do racional, como concepções psíquicas sobre saúde e envelhecimento.

O segundo ponto atenta-se ao impacto destas informações sobre os idosos. De fato, muitos idosos desconhecem a prevalência e severidade das quedas sobre esta faixa etária. No entanto, mesmo surpreendendo-os sobre as informações, estas são apreendidas com negatividade. Dados sobre morbidade e mortalidade não os motiva a modificarem seus comportamentos por causarem espanto. Estas estimativas estão associadas à perda de independência que os idosos evitam a todo custo (HOST; HENDRICKSEN; BORUP, 2011; VIVRETTE et al., 2011).

Uma observação quanto às quedas apontado pelo GF refere-se ao evento acontecido a um conhecido ou amigo:

“ Quando acontece alguma coisa com algum amigo, aí eles vêem. ‘nossa aconteceu com fulano’. Aí eles vão pensar... aí eles muda.” (A4)

A literatura marca que de fato, esses eventos fazem os idosos pensarem sobre as condições que podem causar quedas e possibilita a tomada de precauções (POHL et al., 2015). Em outro estudo, os idosos foram levados a refletir sobre quedas após o ocorrido, as causas e os riscos futuros como uma forma de superação e de minimização de medos

e com isto auxiliou-os na integração de ações preventivas (MCMAHON;TALLEY;WYMAN, 2011).

A motivação é um fator intrínseco à adesão. A motivação caracteriza-se como um processo proposital conduzido a um objetivo, fruto de coeficientes intrínsecos e extrínsecos (RIBEIRO et al., 2012).

O documento do Estado de São Paulo (2010), identifica este determinante da adesão ao reiterar que o engajamento é instigado pela motivação e pela percepção dos benefícios. O Caderno de Atenção Básica (2006) proclama que a motivação deve ser incentivada para a modificação de comportamentos saudáveis e para construção das possibilidades de prazer e felicidade apesar das limitações.

A motivação intrínseca é onde o indivíduo experimenta mais interesse, confiança e persistência; provém de razões pessoais e varia em nível (mais ou menos motivado) e em orientação. A orientação concerne às atitudes subjacentes e aos objetivos para realizar as ações. A motivação conduz as atividades, os interesses, as assimilações e os usos de habilidades e conhecimentos. É uma “característica significativa da natureza humana e afeta o desempenho e o bem-estar em todas as épocas da vida” (RYAN; DECI, 2000, p. 54). Cada pessoa, cada idoso encontra a motivação para a execução das atividades de prevenção por razões intrinsecamente interessantes, mas podem ser centradas na satisfação de necessidades psicológicas da competência, da relação e da autonomia (RYAN; DECI, 2000).

A manutenção da independência e utilidade é a chave para motivação em idosos. A perda da independência e da vaidade está correlacionada ao estigma do envelhecimento que todos os idosos temem, assim como a restrição das atividades ou a mudança do espectro domiciliar para o asilar. Desta forma, a queda pode ser vista pelos idosos como uma ameaça para a identidade do indivíduo e sua autonomia. O idoso que adere é aquele que vê a prevenção não como uma série de restrições, mas como algo apropriado para se manter um progresso físico, suas participações sociais e condições de saúde (HOST; HENDRICKSEN; BORUP, 2011; VIVRETTE et al., 2011).

Os idosos valorizam a manutenção da autonomia e independência, no entanto, muitas vezes, identificam que a adesão aos comportamentos de prevenção de quedas ou a dedicação da atenção aos riscos de queda em seu cotidiano podem interferir nas atividades que estes desejam realizar ou podem restringir sua mobilidade (MCMAHON; TALLEY; WYMAN, 2011).

A motivação extrínseca é regulada pelo externo, que proporciona recompensas, pressões ou estímulo para adesão (MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009). Contrasta com a motivação intrínseca quanto ao valor pessoal na realização daquela atividade. O indivíduo executa as atividades com metas diferentes dos elementos autônomos. Ou seja, a atividade não envolve um sentimento de escolha, mas o simples cumprimento para alcançar outro resultado. Por exemplo, um idoso que participa de prevenção não para prevenir quedas, mas para agradar aos familiares e evitar conflitos. Entretanto, a literatura ressalta que por vezes a motivação extrínseca pode se tornar intrínseca a partir dos benefícios funcionais percebidos pelo idoso (ROBINSON et al., 2014; RYAN; DECI, 2000).

Pesquisa em idosos encontrou como motivação para programas de prevenção: a promoção e manutenção da saúde, o uso de atividades para alívio do estresse e angústias, alegria, relaxamento, sensação de realização, independência, sentir-se mais alerta mentalmente, aprender novas coisas, a estética (nos exercícios físicos), o prazer e a satisfação, sensação de bem-estar e oportunidades de sociabilidade (GARSKE et al., 2011; MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009).

O poder decisório também deve ser considerado quando se discorre sobre a adesão. Quando se interpreta o autocuidado como a potencialidade do idoso em preservar a si mesmo e sua saúde diante de uma consciência ampla das circunstâncias que está inserido, o poder decisório torna-se um direito. A relação entre o poder decisório e a adesão é introduzida e incentivada no idoso para o alcance de um envelhecimento ativo. A adesão carece do comprometimento do idoso, da participação ativa quanto ao autocuidado (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Assim, se se compreende que o idoso autônomo é aquele que “detém o poder decisório e o controle sobre sua vida”, portanto, as ações de prevenção demandam o consentimento do idoso (BRASIL, 2005). O paciente sente-se frustrado se suas preferências não são elucidadas e levadas em conta, o que proporciona atitudes negativas e sentimento de incapacidade, consequentemente menor aderência (DAL-FABBRO, 2005).

Esse poder decisório sobre o processo terapêutico possui importante impacto sobre sua autonomia e sua adesão, já que a proposta preventiva ou terapêutica não lhe foi imposta. Este poder decisório exige do indivíduo uma postura de autocuidado, a determinação pela continuidade, o conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e o

compromisso com a terapia acordada (OLIVEIRA, 2008), aprimora a competência percebida e mantém a motivação intrínseca na execução das atividades e maximização da independência (ROBINSON et al., 2014; RYAN; DECI, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Deve-se atribuir como elemento à adesão do paciente idoso o conceito de autoeficácia. Este pode ser atribuído a um dos mecanismos adaptativos e compensatórios diante das perdas inerentes ao envelhecimento. Vista sob a ótica da Teoria Social Cognitiva, a crença da autoeficácia diz respeito à competência do idoso em executar as ações para o alcance de um objetivo. Essa determinação impacta o comportamento por sua atuação nos determinantes como expectativas de resultados, percepção da susceptibilidade, metas e aspirações (OLIVEIRA et al., 2016; FONTES, 2010).

O documento do Estado de São Paulo (2010) evidencia que em nível individual, as mudanças comportamentais salientam-se, pois a percepção de autoeficácia na atuação do idoso dentro das atividades cotidianas pode ser precipitadora da adoção de formas protetoras ou predisponentes às quedas. Já a Organização Mundial de Saúde (2005) descreve que a autoeficácia é a crença na capacidade de exercer o controle sobre a própria vida e relacionada às escolhas pessoais de comportamento no envelhecimento.

Outro conceito importante é a auto-regulação. Esta é a aquisição de habilidades para a gestão do eu no objetivo de resultados positivos em longo prazo. Nele estão implícitos seis elementos: a auto monitorização definida como a observação do comportamento da própria pessoa de forma sistemática; a definição de metas que é a identificação e o incremento de mudanças em longo prazo de forma gradual na construção da autoeficácia; o feedback, que se trata da informação do desempenho do idoso; a auto-recompensa como uma forma de recompensas para si mesmo; a autoinstrução; e o alistamento do suporte social que é granjeado quando encontra-se em outras pessoas o encorajamento para exercer o autocontrole. A facilitação da adesão perpassa por intervenções que permeiam estes elementos (MCALISTER;PERRY;PARCEL, 2008).

Como mencionado, concepções de mudança de comportamento consideram a informação, a decisão e a motivação como aspectos críticos para o alcance de modificações. Para isso, partindo para a dimensão do *Serviço de saúde* o provimento de educação que agregue estes elementos são peças fundamentais para o engajamento nas atividades de prevenção (LAM et al., 2017).

A equipe tem de estar focada em esforços educacionais centrados no sujeito, dessa forma será capaz de desempenhar a valorização dos elementos individuais e granjear a adesão considerando os contextos culturais e singulares. É, contudo, um desafio mundial para os profissionais de saúde (OLIVEIRA; JOSE; CALDAS, 2017; FAVA et al., 2011).

Ressalta-se que um processo educativo para idosos lida com experiências de vida, com elementos complexos como crenças e valores que carecem de ser ponderados no objetivo não de promover o conhecimento, ou o fornecimento de medidas de correção das precárias situações de saúde advindas das informações deficientes sobre as quedas, não. Mas de promover metas de envelhecimento ativo. A educação tem destaque imprescindível de oportunizar o transfazer de práticas e comportamentos no desenvolvimento da autonomia pela responsabilização do idoso pela própria saúde (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; GAZZINELLI et al., 2005).

A educação em saúde deve promover e antes de tudo focar a independência para qualificar a adesão. A literatura ressalta que é uma maneira de internalizar os valores de motivação para a realização das atividades de prevenção como, por exemplo, os exercícios físicos. A execução das atividades iniciadas muitas vezes provenientes de um cumprimento passivo pode ser integrada a uma motivação pessoal de bem-estar, por exemplo, depois do usufruto dos benefícios da realização das atividades de prevenção (RYAN; DECI, 2000).

A educação com intenção de promover o engajamento do idoso propõe-se intencionalmente a informar o idoso para que este exerça mudanças condicionais à manutenção da qualidade de vida. Capacita-o para apreensão dos próprios problemas com planejamento e envolvimento do idoso (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). Pesquisa que utiliza o ensino adequado em um ambiente de cuidado marca a potencialidade da aquisição de comportamentos protetores (MORAES; ROLIM; COSTA JR., 2009).

Nesta dimensão relativa aos Serviços de Saúde a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) sobressai a primordialidade dos profissionais de atentarem aos usuários que não estão em condições de aderirem às recomendações, fornecer conselhos e monitorar seu progresso. Ressalta-se que a equipe tem destacada relevância sobre a adesão dos usuários e que estes devem planejar intervenções neste sentido.

Sua preparação para maximizar a adesão deve abordar vários elementos, tais como: o conhecimento (sobre a adesão e as patologias/lesões importantes a serem discutidas com o usuário), a reconhecimento da interação entre profissional e idoso na adaptação do conhecimento pelo sujeito, os pensamentos sobre o processo de decisão do usuário e incentivo à participação e considerar as ações dos profissionais que são ferramentas para promover a adesão numa “perspectiva filosófica e ética de atenção integral sem priorizar as necessidades biológicas em detrimento às demandas psicossociais” (SIMEK; MCPHATE; HAINES, 2012, p.270; MORAES; ROLIM; COSTA JR., 2009).

Os determinantes nesta dimensão incluem a empatia e vínculo com os profissionais, o acesso ao serviço de saúde, a confiança na equipe e a sensação de ser bem atendido (RECKZIEGEL, 2014). Os ambientes sociais, organizacionais e físicos são importantes sobre o comportamento quanto às percepções. Mesmo em indivíduos motivados os ambientes podem restringir o comportamento (GLANZ; BISHOP, 2010).

Percebe-se quanto aos profissionais que acompanham a possibilidade de identificar e compreender os obstáculos para se trabalhar estas questões e individualizar a adesão. A abertura de diálogo diante de difíceis temas como os sentimentos de solidão, de fragilidade, de isolamento e abandono assume um grande impacto sobre a adesão dos idosos. Partilhar os conhecimentos sobre as quedas envolve também uma perspectiva afetiva e emoções ideologizadas. Os comportamentos dos idosos compõem-se de práticas que representam elementos que se influenciam, determinam e condicionam suas ações. Isto posto, para auxiliar a equipe nessa abordagem, os profissionais devem realizar uma identificação das crenças e preocupações sobre a importância pessoal quanto à adoção da prevenção de quedas, assim como conferir uma linguagem adequada à compreensão do idoso às explicações, dispensar um tempo adequado na consulta e facilitar a expressão de dúvidas que o mesmo possa ter (DAL-FABBRO, 2005; GAZZINELLI, 2005).

Deve-se ter em mente de que as crenças acerca do envelhecimento podem inferir no conhecimento sobre quedas de forma negativa sobre a adesão, por isso a necessidade de se dialogar a fim de apreender a compreensão personalizada do idoso para a criação de novas representações (HILL et al., 2011; PAPARELLI, 2013). A comunicação visa à “construção de um saber sobre o processo saúde-doença que capacite os indivíduos a decidirem promover a sua saúde” (FAVA et al., 2011, p. 82).

Os serviços de saúde têm especial influência sobre a percepção sobre as quedas e interfere na adesão à prevenção. Destaca-se a figura do médico cujas recomendações têm maior peso e auxilia na adesão das pessoas mais velhas (CHILD et al., 2012), a pesquisa identificou que não há muita ênfase no atendimento nos serviços de saúde nesse assunto. Outra pesquisa sugere que os serviços de saúde adotem uma abordagem pró-ativa e oportunista para prevenção de quedas (DICKINSON, et al., 2011b).

Na dimensão dos fatores *Econômicos e Sociais*. Os determinantes sobre a adesão variam de acordo com as diversas patologias. Mas menciona-se: situação socioeconômica desfavorável como baixa renda, analfabetismo, baixo nível de escolaridade, baixa efetividade de redes de apoio, mudança das situações ambientais, disfunção familiar (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Salienta-se o suporte social. A adesão em idosos está sob influência das relações sociais, sejam elas formais ou informais, familiares ou da comunidade. A aderência em idosos requer soluções sustentadas por diversos atores sociais.

Autocuidado apoiado é o termo utilizado por Moraes (2012) o qual expressa o comprometimento do idoso e da família na feitura e acompanhamento da terapêutica ou da prevenção, na aceitação de engajamento e responsabilização da própria saúde. Os profissionais viabilizam o apoio, os conhecimentos e os recursos comunitários para promover os objetivos.

As pessoas significativas para o idoso são capazes de viabilizar a adesão, proporcionando melhor aceitação sobre as condições de saúde e a manutenção do tratamento proposto. Por isso, além do idoso, a família e a comunidade, devem impreterivelmente ser avaliadas e preparados quanto às ações de prevenção de quedas. A literatura afirma que quanto maior a rede de apoio, maior é o grau de satisfação, acarretando em maior adesão e qualidade de vida (PAULA; MELO; REZENDE, 2016).

Para resumir a questão, para alterar os fatores de risco modificáveis relacionados a quedas, o idoso deve se sentir disposto e capaz de realizar a mudança; precisa ter condições ou recursos para que isso seja possível; as mudanças têm de serem percebidas como provedoras de benefícios e os benefícios devem sobrepor os custos ou esforços; os profissionais de saúde precisam reconhecer a importância das quedas no envelhecimento saudável; a rede de atenção deve proporcionar aos idosos oportunidades de realizar mudanças; a sociedade na qual este segmento populacional está inserido

deve alocar recursos e valorizar a manutenção das condições de saúde e bem-estar de seus idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

5.4 INTERVENÇÕES SOBRE QUEDAS E SUA PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como apresentado até aqui, diante do quadro das quedas, considerando sua epidemiologia e consequências, a prevenção sempre será a melhor opção à saúde, qualidade de vida do idoso e relação custo-benefício. O objetivo das intervenções é a de promover ou manter a independência e melhorar as capacidades funcionais e físicas (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013, AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2010; BOONGIRD; ROSS, 2017).

Diversos programas e ações para prevenção de quedas têm sido testados e pesquisados em todo o mundo, entretanto, o alcance eficaz em longo prazo para todos os idosos nos diversos contextos continua a ser um desafio (VIVRETTE et al., 2011; MICHAEL et al., 2010a; PHELAN et al., 2015; BESDINE; WETLE, 2010). Os dados revelam que a implementação das práticas de prevenção na comunidade pela atenção primária mundialmente é limitada, no que se refere à qualidade da avaliação e gestão das quedas (PHELAN et al., 2016; ECKSTROM et al., 2016).

Embora a implementação de um programa eficaz para prevenção de quedas exija uma forma interdisciplinar e individualizada, pesquisa realizada na Noruega afirma que o custo de tratamento de saúde foi 1,85 maior do que o custo de implementação do programa de prevenção (HEKTOEN; AAS; LURAS, 2009). Desta forma, estudos mostram que a avaliação multifatorial, as intervenções multidisciplinares (SALMINEN et al., 2009; SPICE et al., 2009) e o gerenciamento abrangente dos fatores de risco identificados, que contemplam os fatores intrínsecos e extrínsecos, são os únicos com resultados eficazmente comprovados atualmente e são mundialmente recomendados (BESDINE; WETLE, 2010; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014, CHOU, 2006; PALVANEN et al., 2014; PHELAN et al., 2015, GILLESPIE et al., 2012).

A Política Nacional do Idoso (1994) sugere diversas ações intersetoriais. Com relação ao ambiente: recuperação, construção de espaços públicos e orientação aos municípios para que levem em conta as particularidades dos idosos; preparação das casas dos familiares dos idosos para maior segurança e disponibilização de empréstimos subsidiados ou articulação com empresas de construção para promover a acessibilidade

de casas seguras. Com relação à educação social: investir introdução de treinamento e na formação dos motoristas do transporte público; manter o lócus privilegiado da moradia dos idosos com familiares e a necessidade do investimento do Estado na competência dos mesmos para abrigá-los.

O Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento (2003), referente às quedas distingue alguns aspectos que valem ser avultados: aplicar rigorosamente e fortalecer normas de segurança nacionais e internacionais para impedir lesões ou a incapacidade e promover o uso adequado de tecnologia e serviços de reabilitação; prevenir lesões involuntárias e promover melhor compreensão de suas causas como medidas para proteção de pedestres, executando programas de prevenção de quedas para redução dos riscos; promover treinamento e avaliação de motoristas idosos, assim como a utilização de pistas e veículos que levem em conta as necessidades dos idosos e incapacitados; construir moradias seguras no sentido de redução de obstáculos para aumentar a independência, assim como tornar acessíveis os transportes e espaços públicos e serviços comerciais para que não haja obstáculos à mobilidade.

Outras ações como o uso seguro de medicações com receitas para que a indústria e os profissionais dos setores interessados adotem medidas regulamentares e educativas apropriadas; determinar os fatores ambientais e socioeconômicos que contribuem para incapacidade e doenças; observar o ônus financeiro que uma moradia segura e acessível exige para manutenção e que proporciona segurança psicológica, emocional, saúde e bem-estar; proporcionar aos idosos e familiares educação e assessoramento quanto às opções de moradias mais adequadas aos idosos, por vezes em alojamentos compartilhados e multigeracionais decorrentes da urbanização constante, embora haja um grande número de pessoas envelhecendo em áreas rurais, sem estrutura residencial e acesso aos serviços.

O modelo do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (2005) está ancorado em um contexto mais amplo de promoção de saúde e incentivo à participação ativa do idoso no mercado de trabalho, educação, atividades socioeconômicas, culturais e espirituais; para a preservação de direitos como à seguridade social, segurança física e financeira e também no sentido das deficiências que condicionam à piora da saúde como a renda, as condições de habitação e a redução das iniquidades; e preservação da capacidade funcional e da qualidade de vida, fruto da redução de doenças crônicas e de fatores de risco, da oferta de serviços de saúde

eficazes com capacitação da equipe para atender aos idosos e fornecer recursos aos familiares, às comunidades e aos cuidadores formais e informais.

As quedas neste documento centra-se num espectro de segurança física do idoso dentro de seu ambiente domiciliar ou em espaços públicos para redução dos prejuízos funcionais que deriva do evento da queda.

A discussão sobre as intervenções sobre as quedas iniciam a partir dos desafios determinados pela Organização Mundial da Saúde (2005) e vem sendo estendido na publicação do Estado de São Paulo (2010): Vigilância e prevenção de quedas nas Pessoas Idosas. Este documento introduz o debate enunciando que a prevenção não deve se constituir por estratégias isoladas, mas integradas em três níveis: (1) vigilância epidemiológica dos indicadores de saúde; (2) aplicação dos resultados de pesquisa nos dados nacionais sobre os instrumentos de rastreio e identificação dos idosos com alto risco, intervenções eficazes e a transcrição sobre os fatores de risco e (3) a capacitação e treinamento de profissionais.

Alguns desafios impostos em decorrência ao envelhecimento, sobretudo nos países em desenvolvimento podem influenciar no evento quedas: reformulação do acesso aos diferentes níveis de atenção e ao manejo interdisciplinar e multidimensional; premência de programas e políticas para evitar o comprometimento visual e aumentar a quantidade de serviços apropriados de oftalmologia para otimização da visão; programas e políticas de redução da carga de deficiências como as “cidades amigas dos idosos” onde as ruas são bem iluminadas, e há banheiros públicos acessíveis e semáforos com mais tempo para travessia; estímulos a programas de exercícios físicos; aparelhos auditivos ou ensino de linguagem de sinais; capacitação aos cuidadores profissionais ou informais; criação de unidades de saúde e padrões assistenciais apropriados para idoso no sentido da prevenção, revisão das doenças de base ou agravamento de deficiências; implementar práticas e políticas que reduzem a iatrogenia, como prescrição inadequada por profissionais de saúde de medicamentos arriscados (SÃO PAULO, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), embora não estritamente pertinente às quedas, frisa a implementação de ações para aumentar as habilidades para o autocuidado e o levantamento de dados sobre a capacidade funcional e abordagem global, interdisciplinar e multidimensional.

O Pacto pela Vida não denota em seu documento publicado, em 2006, nenhuma intervenção específica sobre esse tema. Todavia, em marco legal posterior (Portaria

2.669/09) ressalta o indicador Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur, com a meta de redução de 2% para 2010 e 2011, como único objetivo na atenção ao idoso.

Ainda na série do Pacto pela Saúde, no documento de Atenção à saúde de pessoas Idosas e envelhecimento (2010), as Oficinas Estaduais de prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em pessoas idosas são apresentadas com o objetivo de compor diretrizes a serem aplicadas nos estados e municípios para orientar os profissionais e refere estar de acordo com a meta do estabelecida pelo Pacto pela Vida. De forma correspondente a este tema, este mesmo documento manifesta outras intervenções para o desenvolvimento urbano, como a implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade e promoções de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais e à capacidade funcional dos idosos.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017) exhibe dois instrumentos referentes a ações nesta área: Avaliação ambiental dentro de casa e um questionário sobre as quedas que abrange as quedas anteriores, localidade, fraturas e sobre o medo de cair. Seguindo esta mesma linha, o Guia prático do cuidador (2008) recomenda que após a queda a equipe de saúde avalie a pessoa, identifique a causa e busque junto aos familiares à adoção de um ambiente seguro.

O Caderno de Atenção Básica (2006) propõe medidas práticas para minimizar as quedas e consequências: educação para o autocuidado, a utilização de dispositivo de auxílio à marcha, uso criterioso de medicamentos, e adaptação do ambiente residencial e de locais públicos como diferenciador de degraus e escadas, reorganização do ambiente interno, acomodação de objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio.

Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008) é uma cartilha que se destina aos cuidadores informais, cuidadores formais e gestores de instituições de longa permanência para idosos ou programas de atendimento domiciliar. Reporta orientações como o uso de óculos se necessário, levantar devagar para evitar hipotensão, ter disponível uma forma de chamar ajuda e manter junto ao telefone números úteis quando ocorrer acidentes; uso de sapatos bem ajustados aos pés e com antiderrapantes; garantir boa iluminação do ambiente, altura correta de armários, cadeiras, camas e vasos sanitários; uso de barras de apoio e corrimão e antiderrapantes em escadas; evitar

obstáculos no chão, cuidados em ambientes externos; uso adequado com auxílio profissional para auxiliares de marcha.

A prevenção de quedas desenvolvida pela atenção primária é afigurada na literatura como grande potencializador e efetuator de programas eficazes de intervenção (MICHAEL et al., 2010a; ELLIOT et al., 2012). Programas que utilizam diversas abordagens têm alcançado de 6 a 33% de redução de lesões associadas a quedas (BRITTO, 2012). Isto se deve às características próprias deste nível de atenção, como o emprego do cuidado longitudinal e práxis amplas, articulada com os demais níveis de atenção e a realização de ações de acompanhamento e promoção da saúde.

Às medidas de prevenção acrescenta-se que o modelo comunitário combina as habilidades e recursos de profissionais de saúde pública e serviço social, dentro de um paradigma interdisciplinar, que identifica e trata o indivíduo em sua realidade biopsicossocial, em seu território propiciando uma “gestão de cuidados coerente” (VICENTINE; FERREIRA; VINHATI, 2016, p. 412; WASHINGTON STATE INJURY PREVENTION PROGRAM, 2002). No entanto, a Organização Mundial da Saúde (2015b) coloca que o sistema de saúde não deve se enquadrar apenas quando retrata a prestação de cuidados em longo prazo, mas como os indivíduos vivem em seus ambientes na comunidade durante sua vida, a fim de gerenciar e minimizar as consequências provenientes das doenças crônicas e o aumento de prevenção.

Além disso, estudo no Canadá, revela que os ensaios sobre prevenção de quedas e os custos para a implementação de equipes e programas específicos não seja econômico em relação à efetividade e eficácia. O que sugere que a prevenção de quedas deve ser realizada pelo sistema de saúde pública em cuidados primários na comunidade. Conquanto, a atenção primária requer a sua potencialização por meio de pesquisas acerca dos fatores de risco e adesão, para reduzir efetivamente as taxas de quedas, a severidade dos agravos (hospitalizações) no aproveitamento máximo dos recursos disponíveis (JENKYN; HOCH; SPEECHLEY, 2012).

A prevenção de quedas tem um papel fundamental na Atenção Primária à saúde voltada à população idosa relacionada ao suporte ao ancião e à rede de apoio, ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos preventivos como o autocuidado, prevenção em todos os níveis e por ser a porta de entrada do sistema de saúde (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016) e conforme orientação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

Este nível de atenção possui como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, oferta da acessibilidade e coordenação para um uso cabível dos serviços e a centralização da comunicação entre os pontos da rede; a longitudinalidade que se entende como a consistência na dedicação dos cuidados; a integralidade que se define como “contínuo das ações e serviços de preventivos e cura, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990); a orientação comunitária e familiar; a competência cultural e intersetorial na lida com os determinantes de saúde (MORAES, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Este modelo tem como premissa a corresponsabilização, o estímulo à participação ativa e o suporte social para a independência física, psíquica e financeira, baseando-se na universalidade e integralidade e trabalho multidisciplinar. Estas prerrogativas salientam as características essenciais para um sistema de saúde público bem sucedido no alcance dos objetivos prioritários quanto à saúde do idoso, que são a promoção de um envelhecimento ativo e saudável em âmbito multidimensional, extensão da expectativa de vida, a manutenção da qualidade de vida e a preservação da capacidade funcional (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; FERNANDES; SOARES, 2012; LEITE, KANIKADAN, 2016; LOPES et al., 2007).

Na mudança de paradigma quanto ao envelhecimento e o cuidado ao idoso, hoje, tem maior importância o direcionamento para a redução de doenças crônicas, de declínio funcional, de fatores de risco, assim como para o incentivo à participação ativa, de adaptação às perdas associadas à idade e recuperação psicossocial de crescimento para lidar com os problemas físicos que surgem em idade avançada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Portanto, as ações para prevenção de quedas na atenção primária organizam-se como um conjunto de intervenções junto aos fatores de risco identificáveis e atuação sobre problemas específicos que antecipam aos eventos que podem impactar sobre a qualidade de vida do idoso e da família, sobre a institucionalização e sobre a morbidade e da mortalidade.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008) esclarece que as recomendações para prevenção são: a otimização medicamentosa por meio da redução no uso de medicamentos comprovadamente relacionados a quedas como os psicotrópicos hipnóticos, antidepressivos, neurolépticos e ansiolíticos; implementação de programa de exercícios físicos e equilíbrio, tendo como sugestão o tai chi chuan; a correção visual; intervenções multifatoriais que incluem as ações de tratamento da

hipotensão ortostática, revisão medicamentosa, tratamento visual, aconselhamento e riscos ambientais.

De forma correspondente, as ações de intervenção encontradas na literatura possuem os seguintes componentes em comum: treino de balanço e força; avaliação ambiental de segurança no domicílio; avaliação e tratamento da visão; revisão das medicações com possíveis modificações ou retirada; educação sobre os riscos de quedas e mudança dos comportamentos de risco (KOH et al,2008; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013).

Outras propostas de intervenção que similarmente constam: intervenção sobre estado da saúde mental; intervenção sobre o estado de eliminações vesicais; treinamento do uso de dispositivos de auxílio à marcha; tratamento de problemas fisiológicos como doenças crônicas e osteomusculares; identificação de hipotensão postural; identificação de arritmias e frequência cardíacas; uso de vitamina D; avaliação da capacidade funcional que inclui habilidades funcionais e o medo de queda; tratamento de problemas nos pés (KRAMER et al., 2014, AMERICAN GERIATRICS SOCIETY/ BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2010).

Quanto a estas intervenções na atenção primária, foram sintetizadas neste trabalho, a partir da compreensão da revisão de literatura, e trouxeram o seu desmembramento em seis aspectos descritos a seguir.

O *primeiro* é a Conscientização sobre o problema, que carece do fornecimento aos idosos, a família, aos cuidadores, jovens, comunidade em geral, setor da saúde, governo e mídia sobre a queda como um evento sentinela sobre os aspectos individuais e coletivos que precisam ser modificados, em que se destacam os fatores comportamentais para adoção de atitudes protetoras, como citado brevemente em publicações como o Caderno de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Essa conscientização pode ser realizada por meio materiais como folhetos, cartilhas, cartazes (MATEI et al., 2015), e de campanhas de múltiplos parceiros como grupos de idosos, profissionais de saúde privados, gestores públicos; campanhas com temas claros de ações nas vias públicas, no transporte conforme sugeridos pela Política Nacional do Idoso (1994), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (2003).

A influência da mídia (Televisão, jornais, rádio) sobre a reflexão dos idosos e familiares sobre o efeito das quedas, as formas de evitar e disseminar uma visão positiva

sobre um envelhecimento saudável e ativo é evidenciada na literatura, de maneira que pode aumentar a adesão às recomendações e prover uma cultura de aprendizado dos idosos com os outros idosos e os profissionais (MCMAHON;TALLEY;WYMAN, 2011; PHELAN et al., 2016; POHL et al., 2015).

A literatura coloca que principalmente os idosos, familiares e cuidadores têm de ser orientados sobre medidas para evitar novas quedas, devem ser motivados para realizar exercícios físicos, ser conscientizados sobre a natureza evitável das quedas, sobre os benefícios físicos e psicológicos da modificação do risco de quedas, indicando-lhes onde estes podem procurar conselhos e auxílio (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013).

O *segundo* aspecto acerca das intervenções no âmbito da Atenção Primária concerne a Avaliação da saúde do idoso. Estas averiguações trazem uma convergência quanto aos problemas que possam interferir na funcionalidade deste idoso e auxiliam na indicação dos determinantes para tratamento e aqueles passíveis de prevenção. A avaliação da pessoa idosa, é amplamente recomendada por diretrizes nacionais e internacionais.

A avaliação global de saúde da pessoa idosa ou “ Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa” tem por objetivo contextualizar e compreender de maneira mais ampla todas as dimensões do idoso por meio de instrumentos validados e sensíveis. O conceito explicita que a Avaliação Multidimensional do idoso:

É o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso, a funcionalidade e a incapacidade. É um processo global e amplo que abrange o idoso e a família, busca descortinar problemas que eram atribuídos ao processo de envelhecimento e não abordados de maneira adequada, com principal objetivo da definição do diagnóstico dimensional e do plano de cuidados (MORAES, 2012, p.23).

Quanto ao posicionamento oficial da autoridade sanitária nacional, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) aponta que todos os idosos necessitam de avaliação, pois diferem quanto a história de vida, grau de independência funcional e a necessidade por serviços específicos.

O Caderno de Atenção Básica para a Saúde do Idoso (2006) retrata a Avaliação Global da Pessoa Idosa, com ênfase na funcionalidade. Esta é composta por diversos instrumentos e escalas, para visualização geral dos sistemas, direcionamento da atenção para os problemas complexos e ao estado funcional, com escopo quantitativo. Avalia-se o estado cognitivo e memorização, o diagnóstico nutricional, a acuidade visual, a

acuidade auditiva, a incontinência urinária, a sexualidade, a vacinação, saúde mental e depressão, a mobilidade e a capacidade funcional.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017) é um conjunto de iniciativas, composto por instrumentos para qualificar a atenção oferecida pelo SUS. Permite o registro e o acompanhamento de informações pessoais, familiares, sociais, condições de saúde, hábitos de vida para identificação de vulnerabilidades.

Estas avaliam condições individuais, familiares, sociais e funcionais. As condições clínicas individuais são realizadas a partir de anamnese e exame físico para averiguar (MORAES, 2012):

- Sistemas fisiológicos: doenças crônicas não transmissíveis, estado nutricional, saúde bucal, sono, pele, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema digestório, sistema genito-urinário, sistema musculoesquelético e mobilidade, sistema nervoso, sistema endócrino.
- Sistemas funcionais: funções mentais (humor e depressão, cognição e memória; comunicação (deficiências na visão, audição, fala e motricidade oral); presença de incontinências; capacidade aeróbica.
- Medicamentos e história pregressa.
- Fatores contextuais: avaliação sócio-familiar; avaliação de cuidadores; avaliação ambiental.
- Funcionalidade global: capacidade em Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária, funções dos membros inferiores e superiores, extensão do grau de independência e riscos de declínio. Atividades de vida diária avançada com avaliação sobre lazer, trabalho e interação social (COSTA; MONEGO, 2003).
- As avaliações sociais e familiares se dão por meio de questionamentos e mapeamentos das relações, interação em sua comunidade e rede de suporte ao idoso. Outras questões de igual importância devem ser consideradas na avaliação do idoso que compreendem a renda, as condições socioeconômicas, a educação e a alfabetização, fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, a violência em todas as suas formas, condições relacionadas ao ambiente físico como saneamento básico, a localização e segurança da residência, acesso aos serviços de saúde (SANTOS et al., 2010).

O *terceiro* ponto refere-se à identificação dos idosos mais susceptíveis às quedas, o mapeamento dos fatores de risco e avaliação das ocorrências de quedas para modificações ou adequações.

A investigação sobre a queda em idosos susceptíveis é incentivada pelos documentos: Quedas em Idosos (2008) , Caderno de Atenção Básica (2006), Guia prático do cuidador (2008), Caderneta da Pessoa Idosa (2017), Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (2010), Plano de ação internacional sobre o envelhecimento (2003) e pelo documento da Organização Mundial da Saúde (2005). Estes aludem a perspectiva de elencar as razões para a queda que possam ser prevenidas por meio de reabilitação ou tratamento.

A avaliação específica para o risco de quedas pode fazer parte da avaliação multidimensional ampla, ou ser aplicada especificamente para os fatores de risco de avaliação após a ocorrência de uma queda (PERREL et al., 2001).

A partir da avaliação há a correlação e intervenções individualizadas sobre os possíveis fatores extrínsecos envolvidos no que tange ao ambiente domiciliar, comportamentos de risco, além da investigação sobre os fatores intrínsecos implicados. A identificação dos idosos mais susceptíveis quanto ao risco de quedas, inicia-se ao priorizar idosos. As novas *guidelines* sugerem que os usuários que denotam a atenção dos profissionais e familiares para realizar a avaliação global e avaliação do risco para quedas são: os idosos denominados “caidores”, isto é, aqueles que caíram no ano anterior e referem duas ou mais quedas, que representam aproximadamente 40% dos idosos que caem; idosos com dificuldade de marcha, no equilíbrio ou no balanço e idosos com medo de cair (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; SORIANO; DECHERRIE; THOMAS, 2007; KUEHN, 2010). Os idosos caidores são facilmente identificáveis por meio do questionamento ao idoso ou aos familiares se houve queda no ano anterior (CHOU et al., 2006).

Estudo salienta que as evidências na prevenção de queda demonstram que, embora tenha melhorado na última década, metade dos idosos (54%) com alto risco de queda (idosos caidores) recebem as avaliações recomendadas (PHELAN et al., 2016).

Diversos instrumentos e protocolos foram elaborados mundialmente para avaliação de riscos de quedas em pessoas direcionados a comunidade, hospitais e instituições de longa permanência. Alguns foram avaliados quanto a validação, especificidade e sensibilidade em estudos prospectivos com alto grau de acurácia para os idosos caidores na comunidade (CLOSE; LORD, 2011; LEE; GELLER;

STRASSER, 2013), como: FROP - Fall Risk for Older People Community Setting (RUSSEL et al., 2008; RUSSEL et al., 2009); STEADY - Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries (STEVENS; PHELAN, 2013); EFS T - the Elderly Fall Screening Test (CWIKELE et al., 1998); FRAT - Falls Prevention Pilot Steering Group (NANDY et al., 2004; CATTELANI et al., 2015); FRAST - Fall Risk Assessment & Screening Tool (RENFRO; FEHRER, 2011); QuickScreen (TIEDEMANN, 2006; TIEDEMANN; LORD; SHERRINGTON, 2010); Guideline of falls in older people (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; BRITISH GERIATRICS SOCIETY; AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION, 2001; MUIR et al., 2010); LASA - Longitudinal Aging Study Amsterdam (PEETERS et al., 2010); entre outros (BONQUE et al., 2011; WRISLEY; KUMAR, 2010).

Pode-se verificar que as ferramentas de avaliação do risco de quedas dividem-se em:

(1) avaliação da mobilidade funcional que utilizam testes físico-funcionais. Cada vez mais, os testes clínicos e laboratoriais, para avaliar as dimensões do controle postural, têm sido aplicados para direcionar decisões terapêuticas (SANTOS; BORGES; MENEZES, 2013; CASTRO et al., 2015).

(2) A avaliação multidimensional que incluem escalas e instrumentos para identificar fatores intrínsecos e extrínsecos. Estes, com relação às quedas, também abrangem o uso de testes de desempenho físicos e medidas de auto-relato (PERRACINI, 2010).

Os fatores de risco avaliados para queda nestes são (PERREL et al., 2001; PHELAN et al., 2015):

- a. histórico de quedas – circunstâncias, sintomas precipitantes, localização, atividade que estava exercendo, os sapatos que utilizava, uso ou não de auxiliares de marcha, uso de óculos, hora do dia, habilidade para se levantar após a queda.
- b. medicações – principalmente as psicotrópicas que podem causar sedação, alteração de sensibilidade, balanço e equilíbrio. Outras medicações como anti-hipertensivos, anti-inflamatórios e diuréticos.
- c. condições clínicas - atrite, doenças respiratórias, exame cardíaco, incontinência urinária ou fecal, demências, diabetes, neuropatias periféricas, acidentes vasculares, osteoporose, problemas articulares, problemas vestibulares, doenças reumatológicas.
- d. perdas sensitivas – visão: enxergar objetos claramente, julgamento de distâncias, percepção de profundidade, problemas na sensibilidade de contraste; audição.

- e. pés - deformidades como joanetes, atrites, dedos em garras, deformidades de arco plantar.
- f. hipotensão postural - definido como redução da pressão sistólica arterial ao menos em 20mmHg e na pressão diastólica em 10mmHg em 3 minutos após levantar. Causa visão borrada, cefaleia, fadiga, fraqueza e síncope.
- g. Exame físico - O exame essencialmente foca-se mobilidade: balanço, marcha, instabilidade postural, equilíbrio, alcance, pressão e pinça, transferência, postura, capacidade aeróbica. Relaciona-se também aos sinais vitais ortostáticos, exame musculoesquelético de costas e membros inferiores, massa muscular, tônus, força, reflexos e amplitude dos movimentos.
- h. Capacidade Funcional - avaliação funcional das Atividades de Vida Diária, as Atividades Instrumentais de Vida Diária e o grau de dependência.
- i. Quadro cognitivo – sensação, propriocepção, transtornos neurológicos.
- j. Fatores ambientais – avaliação da segurança do domicílio e área externa.
- k. Comportamentos de risco.
- l. Atividades Físicas – classificação entre sedentário, atividades físicas leves, atividades físicas moderadas ou idoso muito ativo.

Como identificado acima, a avaliação do risco de quedas compõe-se da avaliação dos diversos sistemas fisiológicos ou não do idoso, requer diversos instrumentos e escalas. Por isso a maior barreira identificada para a não realização desta avaliação é a falta de tempo dos profissionais dentro de um cotidiano de serviços e a demanda populacional da equipe. Outra barreira relatada é o desconhecimento das equipes de atenção primária acerca da importância da avaliação do risco de quedas, ao menos nos idosos mais propensos, os idosos “caidores” (CHILD et al., 2012).

Nacionalmente, a avaliação do risco de quedas tem concordância com as pesquisas internacionais. A revisão apontou que a maior parte tem como objetivo a avaliação da mobilidade funcional com testes sobre a marcha e o equilíbrio, características socioeconômicas e familiares, nível de atividades físicas, condições de saúde para presença de comorbidades, histórico de quedas, desempenho cognitivo, medicamentos, inadequações ambientais (GUERRA et al., 2017; TAMIOZZO et al., 2017; SMITH et al., 2017; SILVA et al., 2016; SANTOS;BORGES; MENEZES, 2013; BRETAN et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2009; MACHADO et al., 2009;CASTRO et al, 2015).

Os fatores extrínsecos precipitantes, que podem causar quedas acidentais e devem ser investigados (PERRACINI, 2010; QUIGLEY, 2016). Esses fatores extrínsecos relacionados ao domicílio ou área externa, são descritos como importantes fatores predisponentes ou, de acordo com alguns autores, os mais prevalentes quando se fala em quedas. Estes fatores estão presentes em 30-50% quando no evento da queda.

Outro estudo mostra que 74,6% das quedas ocorrem em domicílio e 36% relacionados ao ambiente inadequado. Estudo realizado em Ribeirão Preto analisa que acerca dos locais de ocorrência de quedas, 65% destas foram em ambiente domiciliar, seguido de 15% em vias públicas (VICENTINE; FERREIRA; VINHATI, 2016; PINHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2014). Ainda, o Caderno de Atenção Básica (2006), refere que a maioria das quedas ocorre dentro de casa ou em seus arredores e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008) refere que até 50% das quedas têm a participação dos fatores de risco ambientais em idosos da comunidade. Contido nas quedas, correlaciona-se a presença de pelo menos duas disfunções fisiológicas e um fator ambiental para a maioria da ocorrência das quedas (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

Portanto, logicamente intervenções para minorar os perigos domésticos trazem a redução de quedas e se as avaliações no ambiente doméstico forem executadas de forma estruturada podem facilitar a conclusão do risco de queda. Modificações no ambiente são consideradas como um indicador de prevenção de quedas e recomendada para todos os tipos de residência, devido ao baixo custo e resultado em curto prazo (PHELAN et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2014; CARVALHO et al., 2012).

Mas alguns autores debatem sobre a importância destas ações, por vezes, como único gradiente de prevenção (LORD; MENZ; SHERRINGTON, 2006). Com isso, faz-se ressalvas aqui sobre as modificações ambientais, obrigatoriamente carecem de ser assinaladas. Evidências quanto às intervenções ambientais e comportamentais, desenvolvidos e testados em vários países, trouxeram resultados incertos até o momento (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013; MICHAEL et al., 2010b; MICHAEL et al., 2010a). As pesquisas que realizaram programas direcionados a estes fatores extrínsecos relacionados ao ambiente e comportamentos de risco, de abordagem educacional ou de aconselhamento isoladamente não reduziram efeitos sobre a incidência de quedas. No entanto, relatam o alcance de maiores conhecimentos, benefícios em atitudes e auto-eficácia (WASHINGTON STATE INJURY PREVENTION PROGRAM, 2002; GILLESPIE et al., 2012).

Contudo, pesquisas, que encontraram resultados estatisticamente significativos em programas de educação ambiental e comportamental, afirmam que os programas foram efetivos somente quando realizados por profissionais especializados. O exemplo mais comum são de terapeutas ocupacionais que implementaram modificações no

domicílio após a avaliação e aconselhamento dos idosos, no contexto internacional (CAMPBELL et al., 2005; CUMMING et al., 1999; PIGHILLS et al., 2011). Outras pesquisas relatam que obtiveram redução de quedas com programas de aconselhamento e comportamento, somente em idosos com histórico de quedas, ou seja, as modificações ambientais tiveram efeitos somente em idosos caídores (SALMINEN et al., 2009; LORD; MENZ; SHERRINGTON, 2006).

Outros trabalhos evidenciaram o benefício e a redução significativa das quedas nos programas quanto ao ambiente e ao comportamento de risco quando feitos conjuntamente em abordagem multifatorial (CLEMSON et al., 2004; HORNBROOK et al., 1994; SPICE et al., 2009; TINETTI et al., 1994). No entanto, estudo demonstra que apenas 24% das pesquisas da amostra fizeram referência à avaliação ambiental para quedas (PHELAN et al., 2016).

Comprovadamente a influência dos fatores ambientais não é suficiente como fator que sozinho possa causar a queda (LORD; MENZ; SHERRINGTON, 2006). Não obstante, os fatores ambientais mantêm-se constantemente nas políticas públicas. Estes enfatizam a locomoção do idoso no ambiente, seja em domicílio ou não, com medidas preventivas no sentido de adaptação ou modificação do mesmo: Caderno de Atenção Básica, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017), Guia prático do cuidador (2008), Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento (2003), Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008), Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (2005), Vigilância e Prevenção de Quedas em Idosos (2010), Lei 12.548 (Estado de São Paulo, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) cita estritamente sobre as quedas a prevenção de acidentes em domicílio e em vias públicas com ações de acessibilidade; implantação de ações quanto a acessibilidade do idoso nos transportes sobretudo aos que apresentam dificuldades de locomoção.

Similarmente, a Lei n.12.548/07 do Estado de São Paulo, refere-se às quedas em dois pontos na seção III das ações concretas: para a diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas para que a locomoção do idoso seja facilitada e a estimulação de programas que melhorem as condições e se façam adaptações no transporte e na segurança dos coletivos urbanos.

Na cartilha Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008), a principal ênfase quanto às intervenções são concernentes às adaptações ambientais. Esta publicação descreve de

maneira prática e completa especificações para modificação de ambientes relevantes como banheiros e dormitórios.

Dentro desta acepção, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (2003) valoriza também a modificação do ambiente externo e da residência para promover a segurança e manter a independência e, a promoção da educação do idoso, dos familiares e dos gestores quanto aos acessos públicos e transportes. Este também arrola sobre os aspectos socioeconômicos urbanos e do domicílio e cita outras opções de moradias como alojamentos e aos idosos das zonas rurais de países em desenvolvimento.

Entretanto, o encontrado na revisão da literatura, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), no que diz respeito às modificações no ambiente, relata que há evidências que retratam que adaptações realizadas por profissional especializado trazem efeito sobre idosos com quedas pregressas. Contudo, afirma que os fatores de risco ambientais são superestimados, no sentido de não destacar somente as intervenções ambientais e olvidar ações sobre os outros fatores. Cabe salientar que em outro documento anterior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001) é reconhecido que 70% das quedas ocorrem em casa e que fatores ambientais podem contribuir para queda em até 50%.

Ainda sim, as prevenções sobre o ambiente e acessibilidade, constituem uma das ações mais razoáveis de serem efetuadas em curto prazo e que podem resultar em redução ou para minorar as consequências (OLIVEIRA et al., 2014).

Independente desses resultados, os programas de avaliação e/ou intervenção sobre os fatores de risco ambientais devem ser ofertados pois podem beneficiar, dentro da comunidade a população de idosos indistintamente, idosos com histórico de quedas e idosos em cuidados de longa permanência (PHELAN et al., 2015; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY/ BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2010).

Na atenção primária destaca-se que a observação de aspectos ambientais específicos, além daqueles detectados na avaliação global mediante aplicação de instrumentos, é realizada nas visitas domiciliares. Esta pode ser definida como uma “ferramenta de intervenção na Saúde da Família, utilizada por integrantes da equipe para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob a sua responsabilidade” (LIMA; SILVA; BOUSSO, 2010).

As visitas domiciliares são uma vantagem que a atenção primária tem sobre os outros serviços de saúde quanto à criação das oportunidades de vínculo pessoal entre o

indivíduo e a equipe de saúde, reconhecimento das condições socioeconômicas, sanitárias, familiares e percepção dos riscos ambientais específicos, que não seriam identificados, avaliados e acompanhados de outra forma.

Estas são realizadas primariamente pelos agentes comunitários de saúde. Isto se deve à atribuição deste profissional em instituir-se como primeiro contato entre a pessoa e o serviço de saúde, pelo seu conhecimento do território, pela sua responsabilidade nas visitas domiciliares e compartilhamento das informações colhidas com os demais membros da equipe quanto aos problemas encontrados naquela comunidade. Desta forma, destaca-se aqui a imposição de treinamento e capacitação destes quanto à prevenção de quedas, a abordagem fatores de risco associados (BOONGIRD; ROSS, 2017; LOPES et al., 2007).

Estudo de revisão conclui que apenas 13,5% dos estudos avaliados no contexto nacional utilizaram a visita domiciliar para identificar riscos de quedas (LEITE; KANIKADAN, 2016). E outro estudo reporta que as visitas domiciliares estão relacionadas à adesão quando na prevenção de quedas (SIMEK; MCPHATE; HAINES, 2012).

No entanto, foi verificado nesta pesquisa a partir da discussão no GF, que as ACS possuem conhecimento sobre os fatores de risco provenientes de cursos sobre o envelhecimento e patologias diversas. Relataram avaliar nas visitas domiciliares e averiguar as condições ambientais que podem causar as quedas, o suporte familiar e os comportamentos de risco, demonstrando coerência com as recomendações oficiais, como as da Vigilância e Prevenção de Quedas (SÃO PAULO, 2010), Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017) e Caderno de Atenção Básica (2006).

Ainda discutindo a modificação ambiental realizada pela equipe multiprofissional em visita domiciliar, algumas considerações na literatura devem ser expostas quando se trata de adesão em idosos.

A maioria das quedas ocorre em domicílio devido não somente à permanência dos idosos ser na maior parte do tempo nesse local, mas também pela familiaridade e confiança que os mesmos possuem neste ambiente (PINHO et al., 2012).

O domicílio é um local permeado por aspectos de significância aos idosos, repleto de subjetividades e histórias. O manual de cuidadores Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008), relata que a casa é proveniente de uma construção ao longo da vida, por isso a paciência e o entendimento é imperativo por parte da equipe ao fazer sugestões de modificação. A equipe precisa pensar, refletir e discutir com o idoso sobre

o sentido daquele ambiente ao propor intervenções (MARTINS et al., 2007b). Nesse sentido, o Guia Prático do Cuidador (2008) relata que para não descaracterizar o ambiente construído pelo idoso, alguns objetos que este goste devem ser mantidos.

Essas recomendações partem do princípio que o idoso é quem toma as decisões e é capaz de controlar os aspectos da sua vida. Essa habilidade traz bem-estar ao idoso pelo respeito à sua autonomia e independência e está relacionado ao envelhecimento saudável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015b).

Entretanto, não se pode atribuir visita domiciliar a somente um profissional. O Caderno de Atenção Básica (2006) descreve que cada visita precisa ser planejada pela equipe e organizada com um grupo de profissionais a fim de estabelecer com o idoso e com a família o suporte mais adequado de cuidado e na contemplação das necessidades particulares de cada. Entretanto, o GF identificou um desejo, descrito pela ACS de que gostaria que as visitas fossem realizadas também pelo profissional médico:

“Eu gostaria que tivesse um médico que visitasse as famílias” (A1)

Isso revela também outra imprescindível questão quando refere-se a prevenção de quedas que é a interdisciplinaridade e especificidade. A Organização Mundial de Saúde (2015b) supõe que nem todos os serviços necessitem de unidades geriátricas especializadas, mas a disponibilidade de especialistas para ver e tratar casos complexos deve aumentar muito. O documento relata que deve haver uma capacitação sustentável, consistente e integração de uma equipe interdisciplinar na rede de cuidados multidimensionais e intersetorial.

“Precisa de mais especialista nesta área né, de acompanhamento do idoso.”(A2)

“Precisa de fisioterapia, precisava de outros profissionais... psicólogo. Que a rede tá assim e não dá conta.” (A3)

As quedas são multifatoriais e de difícil distinção com relação aos riscos mais prevalentes em cada evento e dessa forma, suas intervenções carecem de abordagem multidimensional em ação integrada por uma equipe interdisciplinar (PERRACINI; RAMOS, 2002; SILVA;MATOS;ESTEVES, 2017), conforme reconhecido pelos documentos: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Vigilância e Prevenção de Quedas nas Pessoas Idosas, Lei 12.548/07, Caderno de Atenção Básica, Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, Pacto pela Saúde, Decreto 8.114/13.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é resultado da produção de saberes, troca de conhecimentos e planejamentos e tarefas. Mais profundamente, a atenção primária necessita da integração das equipes interdisciplinares para o

atendimento do envelhecimento (FARIA; ALVES, 2015). A interdisciplinaridade definida como a “intencionalidade do estabelecimento de nexos para o alcance de conhecimento mais abrangente, diversificado e unificado para um entendimento comum dos interlocutores” (STAUDT, 2008, p.77), potencializa a compreensão holística do ser humano em seu contexto psicossocial e o processo saúde-doença. A gerontologia necessária para o provimento de uma prevenção eficaz permeia a interdisciplinaridade (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (2015b), apresenta em seu relatório que as novas demandas para o envelhecimento requerem um novo design do sistema de saúde ofertado com foco na funcionalidade intrínseca e não em doenças, a reconstrução do serviço centrado no paciente e a transformação do trabalhador em saúde para prover o cuidado diante desse novo sistema.

Com relação a adesão em idosos, a integração de novas abordagens adotada pelos profissionais pode facilitar e aumentar o processo de adesão, conforme evidenciado pelas agentes comunitárias de saúde:

“ Uma das facilidades que já me aconteceu, assim...eu vô e falo, falo. Ai você leva uma pessoa diferente. Vamos lá um aluno, ou mesmo um outro agente que às vezes você acaba levando, ou a enfermeira... a pessoa vai e fala a mesma coisa aí eles escuta. Entendeu? Você já cansou de falar, mas não escuta. Ai se é alguém diferente, um outro momento, aí a pessoa escuta.” (A1)

“ Um outro profissional.” (A4)

O quarto quesito relacionado às intervenções trata da equipe de saúde da atenção primária e sua incumbência de cumprir ou coordenar o tratamento com ações terapêuticas e reabilitadoras sobre fatores conforme constatado pela Avaliação multidimensional. As ações terapêuticas ou curativas são entendidas como as ações orientadas a problemas fisiológicos específicos (fatores intrínsecos) ou as ações reabilitadoras, que são procedimentos para manter ou restaurar a autonomia e a independência aos idosos que já possuem deficiências e incapacidade, sempre com o objetivo principal de preservar a funcionalidade.

As ações terapêuticas fazem parte de um panorama maior do Plano de Cuidados. O Projeto Terapêutico Singular é um plano de cuidados e direcionamento de condutas terapêuticas, trabalhando a interdisciplinaridade e a singularidade, não se restringindo a visão biologicista. Constitui-se em propostas de “condutas terapêuticas articuladas fruto de discussão interdisciplinar com apoio matricial e participação ativa do próprio paciente”. Ou seja, definido os problemas de saúde, se propõe as intervenções para melhoria de saúde, quais os profissionais e quais recursos adequados (SILVA; MATOS;

ESTEVEES, 2017, p.21; FERREIRA et al., 2015). Permite a identificação das necessidades do idoso, planejamento quanto à classificação dos riscos, parâmetros de acompanhamento do paciente e estratégias de cuidado integral com medidas de restauração e manutenção da saúde em todos os aspectos (BRASIL, 2014; PEREIRA et al., 2016b; BOONGIRD; ROSS, 2017).

As ações curativas e reabilitadoras também fazem parte do escopo de prevenção. O Projeto Terapêutico inclui intervenções sobre o processo de fragilização, fatores de risco, complicações e incapacidades. Assim, todos os níveis de prevenção são atingidos (MORAES et al., 2012):

- a. Prevenção primária: evita o desenvolvimento de doenças como as modificações no estilo de vida;
- b. Prevenção secundária: rastreamento e tratamento de doenças assintomáticas como hipertensão; alterações da visão e audição, como a cirurgia de catarata e colocação de prótese auditiva;
- c. Prevenção terciária: a partir da identificação de condições crônicas se previne novos eventos e o declínio funcional como problemas cognitivos, incontinência urinária, detecção de arritmias e doenças cardíacas, tratamento no sistema osteomuscular como problemas com os pés;
- d. Prevenção quaternária: detecção de iatrogenias como a polifarmácia.

O *quinto* aspecto acerca das intervenções na atenção primária versa sobre a promoção e o incentivo das atividades físicas. Estas atividades reduzem o sedentarismo, atuam sobre os sistemas musculoesqueléticos, reforçam o equilíbrio e a propriocepção, além de trazerem o convívio social, o lazer, a redução da depressão, a possibilidade de comunicação entre outros proveitos.

Os exercícios são as intervenções mais estudadas, com maior número de revisões sistemáticas e maior número de participantes mundialmente. Autores afirmam que a única abordagem e intervenção que aplicada isoladamente e efetivamente reduzem as quedas são os programas de exercícios que realizam o treino de balanço, equilíbrio e força (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008; CHANG et al., 2004; GILLESPIE et al., 2003). Intervenções realizadas apenas com exercícios físicos apresentam um grande potencial para melhorar a capacidade funcional e podem reduzir as quedas em até 25% (BRITTO, 2012). Particularmente para idosos que residem na comunidade, o exercício tem consistente efeito na redução da taxa de quedas e sobre o número absoluto de idosos caídores (RIMLAND et al., 2016).

Idosos com maior risco de queda que reportem quedas anteriores ou considerados com déficit de balanço e marcha são os mais beneficiados desta intervenção (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013). Pesquisa recente reafirmam que entre os benefícios da atividade física estão a prevenção e controle do declínio funcional, a melhora da mobilidade, da função executiva, menos admissões hospitalares, redução do uso de sedativos ou medicamentos para dormir, prevenção de doenças cardíacas, depressão e diabetes tipo 2. A adesão e continuidade na participação das atividades físicas incluem benefícios à saúde, o convívio com outros, rotina de promoção à saúde, melhora da auto-imagem, maior sensação de bem-estar e apoio a vida independente (PETRESCU-PRAHOVA et al., 2016).

Quanto às modalidades de exercícios, a literatura apresenta diferentes formas. Podem haver exercícios domiciliares, caminhada, ciclismo, dança, procedimentos terapêuticos, circuito de exercícios ou Tai Chi Chuan. Pode ser realizada individualmente ou em grupo (PHELAN et al., 2015; BENTO et al., 2010).

Para prevenção de quedas, estes são direcionados à mobilidade e à funcionalidade. Incluem resistência cardiovascular, treinamento de força, equilíbrio dinâmico e estático, aeróbios, coordenação, postura e flexibilidade (PRETESCU-PRAHOVA et al., 2016; BENTO et al., 2010).

Recomendações, encontradas na literatura mais recente quanto a execução dos programas de exercício para idosos na comunidade referem exigir desafios ao equilíbrio do idoso, mas desempenhados com segurança, reduzindo a base de suporte, por exemplo, de pé com as duas pernas juntas ou de pé com uma perna na frente da outra; movendo o centro de gravidade e controlando a posição do corpo enquanto está em pé, por exemplo, transferindo o peso corporal de uma perna para outra; parado sem suporte para reduzir a dependência dos membros superiores, como por exemplo, segurando no apoio com somente uma mão ou com um dedo (SHERRINGTON et al., 2016).

A pesquisa científica ainda aponta outras recomendações. Revisões sistemáticas com metanálise concluíram que os maiores efeitos são proporcionados a idosos que realizam programas de exercícios que incluem treinamento de equilíbrio com mais de 3 horas de treino por semana e devem ser realizados de maneira contínua ou seja com mais de 25 semanas, para que hajam benefícios e sejam mantidos (SHERRINGTON et al., 2016).

Quanto aos exercícios de caminhada ou alongamento, autores defendem que poderiam ser excluídos, pois não obtém efetividade comprovada sobre as quedas. Porém, devem ser oferecidos a toda a comunidade e incluídos aos programas de equilíbrio, devido à sua popularidade entre a comunidade idosa (SHERRINGTON et al., 2016). O documento do Estado de São Paulo (2010, p.54) relata que os melhores resultados em exercícios físicos para quedas não estão associados a caminhadas.

Para a adesão à realização de exercícios físicos, as barreiras descritas na literatura são as mesmas identificadas quanto aos comportamentos de risco, evidenciando que os idosos possuem maneiras muito particulares de lidar com os exercícios, onde as motivações variam imensamente e são determinantes para a execução ou não das atividades físicas.

Podem ser identificados idosos que desejam proteger a saúde e sentem o bem-estar e os benefícios decorrentes das atividades. Mas o apoio ou o vínculo limitado com os outros idosos ou com os profissionais pode dificultar a adesão, assim como a crença da fragilidade proveniente da idade avançada pode reforçar o sedentarismo. Outras motivações como o medo de cair ou de sua vulnerabilidade podem fazer o idoso restringir suas atividades fora de casa; ou ainda a descrença de que os exercícios tragam benefícios sobre a sua condição de saúde ou que sejam para eles relevantes. Todos esses fatores de motivação, autoeficácia e atitudes devem ser explorados e postos em pauta pela equipe de saúde. Autores sugerem a discussão com o idoso acerca dos benefícios da atividade física, qual a atividade que o mesmo prefere e encorajá-los a continuar com os exercícios e ressaltam o suporte social proveniente do mesmo (MCMAHON et al., 2016).

Para que haja estímulo para a continuidade das atividades físicas, se possível, a equipe deve proporcionar exercícios que gerem satisfação e diversão (LEITE; KANIKADAN, 2016). Assim, a atividade física que também proporciona o lazer fornece a mediação pedagógica. Essa ferramenta muitas vezes ignorada quando na formulação das atividades, acarreta a desconexão com a motivação do público-alvo e consequentemente a falta adesão, principalmente em longo prazo (ALVES JUNIOR; PAULA, 2008).

Mas não se pode desconsiderar a influência das expectativas culturais e sociais sobre a escolha das atividades que serão desenvolvidas ou não, em grupo ou individualmente. Assim como a equipe precisa averiguar se os exercícios estão em nível apropriado para permitir a participação plena de todas as atividades, mas de forma que

melhore as condições físicas. De fato é um desafio (CHILD et al., 2012). Estudo salienta que os idosos podem não achar os exercícios relevantes, ou não intensos o suficiente, ou muito vigorosos, ou para pessoas mais jovens ou para idosos mais fragilizados (MCMAHON;TALLEY;WYMAN, 2011).

Estudos sugerem em alternativa aos programas estruturados tradicionais à utilização de dança como uma maneira segura e divertida de atingir o equilíbrio, marcha, mobilidade dinâmica e socialização (FRANCO et al., 2016).

Entretanto, estudo descreve que embora o treinamento grupal proporcione um ambiente sociável, muitos idosos não gostam, pela vergonha, devido a sua falta de habilidade motora (ROBINSON et al., 2014).

Como exemplo, pesquisa reporta que idosos não realizam as atividades por considerarem que o tai chi chuan ser estilo para o gênero feminino na Nova Zelândia. No entanto, o tai chi chuan também foi considerado valioso por idosos chineses homens na Inglaterra pela ênfase à importância cultural que a atividade trás. Este mesmo estudo relata que uma idosa na Europa considera a dança não apropriada para pessoas mais velhas, indicando que os programas de prevenção aos idosos necessita ser adaptável às normas culturais e sociais locais, mas com objetivo de qualificar os cuidados em saúde para a redução de quedas (CHILD et al., 2012).

Assim, pesquisa conclui que os exercícios individualizados progressivos e desafiadores trazem melhores benefícios, além de proporcionar mais adesão (ROBINSON et al., 2014).

O *sexto* aspecto acerca das intervenções sobre as quedas alude a cinco pontos: (1) o incentivo a uma rede de apoio; (2) às oportunidades de fortalecimento de controle social e o fomento à participação ativa do idoso ; (3) a educação em saúde do idoso, da família e da comunidade com informações sobre as quedas e fatores de risco que inferem sobre sua segurança; (4) a comunicação e vínculo; (5) o acompanhamento do progresso do idoso no processo de adesão às recomendações.

Destaca-se o suporte social e sua importância na história de vida. As relações sociais e mentais do indivíduo são tão significantes quanto às condições físicas de saúde para o idoso. A literatura aponta a correlação entre o suporte social e os níveis de saúde do idoso, no sentido de ser ele capaz de promover ou manter emocionalmente e funcionalmente o estado mental e físico (PEREIRA et al., 2016a). O suporte social pode prover quatro tipos de apoio: instrumental no auxílio das atividades diárias; suporte de avaliação ou auxílio nas decisões ou resolução de problemas; suporte de

informação como aconselhamento ou necessidades particulares e o suporte emocional para o provimento de carinho, afeto, compreensão e reconhecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Os sistemas de suporte podem ser formais ou informais. Formais são aqueles serviços de atendimento institucionais como hospitais, Instituições de Longa Permanência, Atendimento Domiciliar entre outros. Informais compõem-se por redes de relacionamentos significativos como familiares, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (ALVARENGA et al., 2011).

Além das implicações positivas sobre a saúde do idoso, a avaliação das relações sociais e suas funções são precisos na Atenção Primária, por meio de estudo social e singular de cada caso, atendendo à norma legal do Estatuto do Idoso (2003). Este é capaz de fornecer informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado, do processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, de auxílio às equipes multiprofissionais para incentivo do idoso aos fatores protetores como alternativa para favorecer a adesão e acompanhamento do projeto terapêutico (ALVARENGA et al., 2011; FREITAS et al., 2011; MARTINS et al., 2007a).

A análise documental reforça o encontrado na literatura. O Decreto 8.114/13 especifica como diretrizes para a saúde do idoso o incentivo à família e à convivência comunitária. O Caderno de Atenção Básica (2006, p.129) refere que o gerenciamento do cuidado deve “permitir a participação dos envolvidos como agentes ativos, tornando o cuidado menos impactante, mais adaptativo”, pois influi na adesão e portanto na repercussão da efetividade e custo das intervenções.

O suporte social verificado junto à equipe de atenção primária tem encontrado um quadro amplo, como demonstrado na fala das Agentes Comunitárias de Saúde:

“Minha área tem bastante idosos, assim, tem todo o tipo de idoso. Tem o idoso abandonado, mora sozinho. Tem o idoso que de vez em quando um pessoal da família ajuda ou não. Tem idoso que tem alguém que ajuda, mas não muda nada no cotidiano deles. Tens uns que pede ajuda, que não tem ajuda de lugar nenhum. Uns não consegue ou não tem condição financeira ou não tem ninguém que tem interesse”. (A1)

“ Na minha área tem bastante idoso, muito sozinhos, por opção. A maioria por opção. E muitos solteiros, sem filhos, então as vezes acaba sobrando pra sobrinhos’. (A4)

“Como a maioria das agentes na área a gente encontra muitos idosos mesmo. Tenho encontrado bastante idosos que moram sozinhos e alguns não tem apoio nenhum da família. Ou porque a família não quis mesmo, não quer este contato com o idoso ou o próprio idoso que não quer né. Prefere ter o seu cantinho, ficar ali sozinho. E já encontrei muitos idosos nessa situação... de não querer o contato com a família”. (A5)

“Uma grande parte das famílias que visito tem idosos, muitos são sozinhos né, que dependem da ajuda dos filhos”. (A2)

As falas retratam o que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) reitera quando afirma que há heterogeneidade no grupo desse segmento etário, em termos de moradia, condições socioeconômicas e de apoio social, o que sugere demandas diferenciadas e a confrontação com políticas públicas adaptadas a essa população. Este retrato da realidade demonstra conformidade com o contexto internacional.

A Organização Mundial da Saúde (2015b) afirma uma mudança nas famílias que resulta em diferentes necessidades de cuidado. Este relatório menciona que os membros das famílias estão vivendo mais separadamente e o número de idosos que moram sozinhos cresceu dramaticamente. Destacam que mais de 40% das idosas na Europa vivem sozinhas e mesmo no Japão onde havia a tradicional conjugação intergeracional, apenas 20% das famílias mantém essa maneira. O documento ainda sugere que os idosos preferem conservar-se onde fizeram sua história e viver mais longamente possível, e que, a lacuna de segurança financeira é o maior obstáculo para o envelhecimento saudável e redução das inequidades em saúde.

À atenção primária é imperioso incentivar a estruturação do contato familiar e o fortalecimento de laços. Identificar os papéis sociais, e se possível, estimular a ampliação da rede de apoio, avaliar os valores familiares, auxiliar a família no acesso à informações sobre o envelhecimento e estimular o diálogo.

As ACS relatam nesta comunidade, um grande quadro de solidão por ruptura familiar, depressão do idoso e relação com as quedas. Mas também indicam a busca pelo uso do apoio de pessoas significativas para modificar os comportamentos de risco.

“Então assim, meio que abandono, apesar de ter a irmã. A gente tenta entrar em contato, conversar com vizinho, falar...” (A1)

“a gente orienta o idoso, quando a gente vê. É o que eu faço, a gente tenta falar com uma... um parente ou quem convive, ou quem a gente tem.. quando tem a possibilidade de encontrar né. Um familiar, um filho casado, uma filha, um neto. Tem que conscientizar os filhos ou os que são próximos, os mais novos.” (A1)

Exemplificando a importância que o suporte social e a reafirmação dos outros sobre a adesão, as agentes comunitárias trouxeram:

“Busquei uma bengala pra ela, trouxe e foi muito interessante porque coincidiu com os meninos (estudantes de enfermagem) de estarem visitando né. Então, eles começaram a sair com ela em alguns lugares, foram na sorveteria, foram dar uma volta sei lá onde. E assim, a partir daí ela aderiu bem a bengala.” (A2)

No entanto, mesmo quando o apoio familiar é possível, a atenção primária também precisa fortalecer o suporte comunitário para integração, oportunidades para o desenvolvimento e o controle social da pessoa idosa.

O termo Controle social é um termo complexo em virtude das diversas concepções e sentidos teóricos que este alberga. Dentre as possíveis conceituações, a definição dentro do eixo das políticas sociais é a expressão que corresponde à compreensão da relação entre Estado-Sociedade para estabelecer práticas de vigilância e controle (CORREA, 2007). Outra definição é entendida como “o ato de participar da elaboração e execução das ações de saúde, assim como fiscalizar as ações e o destino dos recursos financeiros nesta área” (SILVA; CANÇADO; SANTOS, 2017, p.45).

O setor de saúde teve grande avanço com relação à discussão sobre o controle social, principalmente após o processo de descentralização político-administrativa, na década de 80. Como questão mais destacada está a participação social que representa o controle exercido pela sociedade sobre o Estado em duas frentes. A primeira modalidade de controle remete à democracia representativa estabelecida nas deliberações políticas que são produto de instâncias formadas por representantes selecionados. A segunda é quando aos cidadãos é incumbido o consentimento de decisões políticas, para a serem abonadas ou não (SILVA; CANÇADO; SANTOS, 2017).

Desta forma, o controle social é uma designação de participação da comunidade na política pública. Sua implementação deve ser incentivada pelos profissionais aos idosos, no sentido de valorizar sua história e experiência de vida, sua avaliação quanto aos serviços de saúde para análise do impacto dos resultados destes sobre a realidade local, no enfoque individual e comunitário, na visão dos idosos. Torna-se uma importante forma de participação ativa, reinserção do idoso na sociedade e espaço legítimo do exercício de sua cidadania.

Quando se reconhece o novo paradigma quanto ao envelhecimento ativo conceituado pela Organização Mundial da Saúde (2005, p.13), a palavra “ativo” expressa-se como a “participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis”. Abrange a prevenção e controle de doenças, atividades cognitivas, sociais e comportamento em saúde (MALLMAN et al., 2015).

As oportunidades ampliadas de participação ativa dos idosos pela combinação de políticas de incentivo, longevidade e condições de saúde têm permitido variações quanto às tradicionais categorias no curso de vida, oferecendo a atuação de idosos na

força de trabalho e como cidadãos. A Organização Mundial de Saúde é enfática ao afirmar que o centro das resoluções em direitos humanos é a ideia de dar suporte à participação ativa e que este faça decisões a partir de informações sobre sua saúde e seu bem-estar e que este é o elemento central da abordagem de saúde pública sobre o indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Assim, os idosos ativos são aqueles que continuam exercendo suas atividades na sociedade consoante aos desejos e capacidades, independente da idade ou debilidades físicas. Esta participação é estimulada pela legislação nacional e internacional: Organização Mundial da Saúde (2005), Lei 12.548/07, Decreto 8.114/13, Atenção à Saúde da pessoa idosa e envelhecimento, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

As atividades são definidas como uma ocupação realizada de forma espontânea, seja para repousar, recrear-se, desenvolver uma formação desinteressada, participação social ou capacidade criadora. A escolha das atividades, sejam elas culturais ou de lazer, sofre forte influência das variáveis sociodemográficas. Uma revisão sistemática escreve que os papéis sociais atuam sobre a seleção e o envolvimento nas atividades e apresenta resultados diversos sob a variação do gênero e idade (DIAS; DUARTE; LEBRÃO, 2010).

Um recurso que tem fornecido uma alternativa de atividades sociais são os grupos. É uma importante maneira de incentivo à participação ativa do idoso. São exemplos as atividades manuais, produtivas, intelectuais, religiosas, associativas, artísticas e trabalho voluntário (CASTRO; CARREIRA, 2015). A legislação nacional conforme encontrado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) reforça a participação social do idoso em equipamentos sociais como grupos de convivência, grupos operativos, atividade física entre outros, no intuito da valorização de experiências positivas, a escuta das prioridades do idoso e a promoção do envelhecimento ativo, em conformidade com os princípios determinados pela Organização Mundial de Saúde (2005).

A atenção primária tem se aproveitado deste recurso. Para prevenção de quedas especificamente, o Caderno de Atenção Básica (2006), apresenta a participação em grupo como uma forma de o idoso conhecer as quedas e a promoção de ações educativas que podem favorecer a adesão às recomendações. O documento a Vigilância e Prevenção de Quedas em Idosos (SÃO PAULO, 2010) ressalta que a opinião dos outros estimula os idosos a adotarem comportamentos preventivos.

A atitude positiva decorrente dessas atividades relaciona-se a um maior envolvimento e a promoção de bem-estar biopsicossocial do idoso e promovem a adesão à prevenção, pois permeia aspectos da autoeficácia como o suporte social e a autoinstrução (MCALISTER; PERRY; PARCEL, 2015). Sobre as quedas, como efeito protetor as atividades retardam a perda funcional, estimulam os mecanismos cognitivos e reduzem a mortalidade decorrente de sua ação sobre os riscos. Ademais, práticas sociais e de lazer em diferentes ambientes e que envolvem a interação fomentam as relações interpessoais e a implantação de uma rede de apoio social, melhora da autoestima e autopercepção de saúde, diminui a depressão e solidão, aumenta a resiliência, a auto-eficácia e a qualidade de vida (AZEVEDO; BRÊTAS, 2017; CASTRO; CARREIRA, 2015; DIAS; DUARTE; LEBRÃO, 2010).

Os grupos podem ser diversificados em características dos participantes, aspectos pedagógicos ou em aspectos teórico-metodológicos, na regularidade e número de encontros, entre outros. Os grupos são formados a partir de idosos com uma meta principal em comum, sejam os exercícios físicos, atividades ocupacionais ou lúdicas. No entanto, nota-se que estes indiretamente proporcionam a auto-estima, combate à solidão, bem-estar, diálogo, reflexão, encontro de soluções e possibilidades para problemas em comum; assim, a interação pode fortalecer os conhecimentos sobre as quedas e aumentar a adesão. Trocando experiências e informações, os participantes podem refletir sobre seu ambiente e as precauções que podem ser tomadas e repartem esses pensamentos com vizinhos, amigos e familiares (POHL et al., 2015; VIVRETTE et al., 2011; PAULA; REZENDE; MELO, 2016; WICHMANN et al., 2013). Outra vantagem é o compartilhamento de reflexões e conhecimentos entre os idosos. Pesquisa declara que muitos idosos preferem aprender e compartilhar as informações entre seus pares, pois muitas vezes o aconselhamento dos profissionais ou familiares pode ser percebido como paternalismo (POHL et al., 2015).

“Dentro dos grupos a gente trabalha muito essas coisas. Bastante coisa.” (A2)

Outro importante destaque dentre os determinantes apontados pela Organização Mundial de Saúde que influenciam no envelhecimento, estão os fatores comportamentais ligados à atuação dos profissionais de saúde junto aos idosos no sentido da adoção de práticas saudáveis e adoção de fatores protetores (FERREIRA; FERREIRA; ESCOBAR, 2012) por meio do campo multifocado da educação em saúde (AVILA; PEREIRA; BOCCHI, 2015).

A educação em saúde é um dos principais aspectos da promoção do envelhecimento ativo e saudável. A educação em saúde pode ser entendida como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (MELO et al., 2009, p.500). Constitui-se em um espaço de práxis de transformação dos modos de vida que envolvem o serviço de saúde, os profissionais e principalmente com os próprios usuários como os protagonistas (MALLMAN et al., 2015).

É importante destacar que a literatura ressalta que o objetivo das atividades educativas devem ultrapassar o repasse de conhecimentos. O estímulo educacional mira à percepção do usuário sobre o envelhecimento, o elo com a equipe e a solução de problemáticas comuns de forma constante, enfocando a autonomia e independência, a promoção e o desenvolvimento integral (LOPES ET AL. 2007; SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007). As práticas educativas, baseadas na compreensão de Paulo Freire como uma construção coletiva de saberes, devem ser alicerçadas em uma relação de propinguidade entre os profissionais de saúde e a realidade de quem ele deseja alcançar. Outrossim, carece de ser em uma relação dialógica, participativa e afetiva para granjear resultados positivos no alcance da qualidade de vida (CABRAL et al., 2015).

Não se pode delimitar a mudança de estilo de vida como únicos aspectos a serem observados. A atuação da equipe multiprofissional, neste caso, deve conferir ao indivíduo o manejo sobre sua própria saúde e a inferência sobre os elementos que a possam modificar. Em outras palavras, a educação em saúde possibilita o conhecimento sobre o envelhecimento e reflexões do sujeito sobre a própria realidade. Este empodera o indivíduo para o processo de decisão, na autoeficácia e avulta o controle da sua vida e impele ao autocuidado (OLIVEIRA; JOSE; CALDAS, 2017; MARTINS et al., 2007a; POHL et al., 2015).

Em outras palavras, a educação em saúde embora englobe obrigatoriamente os conhecimentos sobre os riscos envolvidos nas quedas, ela supera o modelo biomédico, pois almeja a consciência crítica dos indivíduos e dos grupos para transformação social. A conscientização coletiva instaura o desenvolver de agentes sociais na busca por soluções das necessidades de saúde, nos cuidados, na reflexão da complexidade da vida e no prazer de viver (CASTRO; FIGUEIREDO, 2009; SOUZA et al., 2007; AVILA; PEREIRA; BOCCHI, 2015).

Desta forma, envolver na educação em saúde a participação familiar ou da rede de apoio do idoso, diante das implicações sobre estes, provoca a compreensão sobre o

processo do envelhecimento e suas consequências na vida diária da família. Não se pode realizar o planejamento assistencial sem as premissas educativas. Se isso não ocorrer, a prática não obterá sucesso. Além disso, o envolvimento da atenção primária, em especial da enfermagem no processo educativo, desperta o conhecimento, o interesse e a motivação às atitudes protetoras (MELO et al., 2009; CASTRO; FIGUEIREDO, 2009).

Sobre as quedas, estudos apontam que a prevenção de quedas deve ser empreendida por todos os serviços onde há atendimento a esta população e a sociedade. No entanto, está sobre a atenção primária a maior responsabilidade para o educar em saúde, devido a sua proximidade com a realidade dos idosos e a comunidade.

A educação é a chave para a prevenção, pois permite o compartilhar da informação para a manutenção da segurança do idoso e do auxílio ao processo assistencial e de reabilitação por parte dos familiares ou cuidadores (BOONGIRD; ROSS, 2017; SILVA; MATOS; ESTEVES, 2017; MARTINS et al., 2007a). Estudo descreve que os cuidados desempenham ações preventivas quanto aos fatores extrínsecos, conforme seu conhecimento e vivência e indica o dever da equipe de fornecer informações para melhorar o amparo destes para precaução de futuros eventos (OLIVEIRA et al., 2016).

Este processo deve fortalecer o idoso e os familiares para se capacitarem no cuidado, por meio da formação de habilidades, conhecimentos e competências; quanto à conscientização sobre os fatores de risco e quedas no sentido de realizarem a prevenção, com hábitos e atitudes protetores; e a potencializar um ambiente seguro (OLIVEIRA et al., 2016; AVILA; PEREIRA; BOCCHI, 2015).

Estudo de revisão, realizado no Brasil, revela que apenas 19% dos estudos analisados realizaram atendimento preventivo às quedas. Dentre estes, 47% citaram ações educativas e planos de cuidados para a prevenção. Entre as ações educativas foram citadas orientações sobre o risco de quedas quanto ao ambiente e situações que podem levar ao evento (LEITE; KANIKADAN, 2016).

Nacionalmente, um estudo descreve que ações preventivas na atenção primária veiculam informações educativas por meio de filmes, manuais e livros para idosos e à comunidade e estes devem fazer parte da atuação dos profissionais de saúde (BRITTO, 2012). Outro estudo apresenta orientações aos idosos por meio de folder explicativo sobre fatores de risco e principalmente acerca dos riscos ambientais (YAMAZAKI; FERREIRA, 2013). Para reafirmação das informações do processo de ensino-aprendizagem e memorização podem ser utilizados como recursos institucionais como

cartões, cartazes, propagandas ou outros materiais educativos. Este tipo de tecnologia educativa facilita o processo de conhecimentos de cuidado, de construção de imagens positivas sobre a velhice, esclarecimento sobre direitos, desenvolvimento de reflexões, e promover a continuidade de interações entre a equipe de saúde, os familiares e os idosos (BRASIL, 2008; BARROS et al., 2012). Estudo revela que este tipo de fonte de informação é bem vista e aceita entre os idosos (VIVRETTE et al., 2011) e muito utilizada no contexto internacional para conscientização e educação da comunidade (ALVES JUNIOR; PAULA, 2008).

O Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG) divulgou, em 2012, uma publicação comemorativa dos dez anos de fundação do Centro de Referência do Idoso (CRI Leste, na cidade de São Paulo) que, em capítulo específico, faz uma exposição sobre as atividades realizadas na Semana Mundial de Prevenção de Quedas em 2011. Participaram profissionais da Coordenadoria de Saúde Leste e diversos profissionais de saúde de municípios do estado de São Paulo. Além das diversas atividades desenvolvidas, destaca-se as propostas para prevenção de quedas que representam ações bem sucedidas nas unidades de atenção primária no estado de São Paulo e são interessantes sugestões a serem reproduzidas pela atenção primária. Com relação ao uso de educação em saúde avulso: uso de quadro informativo na unidade com orientações sobre o tema; sensibilização e treinamento de cuidadores; uso de simulação de uma casa com riscos ambientais; uso de material educativo (folder) ou criação de cartilha educativa; dramatização de cenas cotidianas ou peças de teatro, reproduzindo o ambiente residencial; atividades lúdicas como circuito para apresentação de riscos; palestras e orientações em sala de espera e em grupos que já ocorrem como os de caminhada, grupos de idosos entre outros (SILVA et al., 2012). Estas propostas servem como sugestões e carecem de ser aproveitadas na Atenção Primária de forma recorrente. A fala da agente comunitária sugere este tipo de educação:

“Eu ainda penso que seria a questão do meio de comunicação né. De repente, tem um filminho, tipo assim mostrando né... uma coisa lúdica, que chame atenção. Eu sempre falo isso pros meninos (Estudantes). Quando fazer alguma coisa, usar muito a questão desse meio, do teatro, de mostrar uma música que chame a atenção. Porque eles (os idosos) gostam, (...) para mostrar... que eles... ‘nossa olha!’ Porque quando vê que acontece... você vê muito por exemplo, né.” (A2)

A sugestão demanda que os recursos educacionais têm de ser adequados ao nível de escolaridade e cognitivo, além de a equipe discutir as informações ali contidas,

estimulando o debate sobre a questão, não se limitando a simples entrega do material (BRASIL, 2008).

Portanto, a educação em saúde objetiva “desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva” (FAVA et al., 2011, p.82).

A educação em saúde não pode ser desenvolvida, ou melhor, somente pode ser desenvolvida por meio da comunicação. Uma comunicação frequente, precisa e clara de informações a partir do vínculo entre os profissionais e o idoso.

Compreende-se a comunicação como o agir humano que possibilita as relações interpessoais pelo compartilhamento de ideias, experiências e emoções. Essas relações nos tornam influenciadores e influenciados pelo outro e pelo ambiente (PROCHET; SILVA, 2012). A comunicação também é um direito humano que promove a longevidade por intermédio de uma nova forma de pensar a velhice e atingir a cidadania. A efetivação desse direito decorre da apropriação de uma comunicação de qualidade, não somente com a transmissão de informações e conhecimentos, mas ainda como uma ferramenta da produção de subjetividade do idoso, da expressão de seus pensamentos, sentimentos e memórias, necessária para a exposição da realidade social e os problemas que o aflige, a autopercepção do processo de envelhecimento e da construção coletiva das dúvidas e conhecimentos que este possui (CÔRTE, 2008).

Pesquisas revelam que a comunicação com idoso muitas vezes é desafiadora ou problemática por haverem barreiras na interação, particularmente as deficiências auditivas, de visão e cognitivas experimentadas por muitos idosos (HAMMAR et al., 2017). Soma-se a estes fatores a necessidade de competência específica dos profissionais para identificar as necessidades, interpretar a linguagem verbal e não verbal para atingir um atendimento integral e humanizado (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). Esta competência carece de ser trabalhada por toda a equipe. Estudo relata que os pacientes preferem, por vezes, conversar com os profissionais não médicos sobre as barreiras para adesão (GIORGI, 2006).

A falta de comunicação pode interferir muito sobre a prevenção de quedas. Mais da metade dos idosos (52%) não falam com os profissionais de saúde sobre as quedas que tiveram no ano anterior. Assim, o desconhecimento da equipe de atenção primária quanto à ocorrência de queda de um idoso pode desencorajar a investigação,

identificação e encorajamento para a exposição do assunto e a tomada de medidas preventivas (SHUMWAY-COOK et al., 2009; PHELAN et al., 2015).

Algumas barreiras e facilidades quanto a comunicação foram descritas na literatura e na análise documental.

Reforçando o que já foi mencionado quanto ao repasse dos conhecimentos, os fatores relacionados, as equipes da Atenção Primária não precisam recorrer à intimidação ou expectativa de punição ou consequência para obter a adesão, conforme orientado pelo Caderno de Atenção Básica (2006). Observa-se imposição da terapêutica ou da prevenção como uma barreira na comunicação entre os profissionais e os idosos:

“ se você insistir muito no assunto, não acabam nem recebendo a gente bem. Não manda entrar. Então tem que ter muito cuidado também pra falar, porque você fecha a porta.” (A1)

“Acho que seria uma coisa muito legal. Não uma coisa assim que eu falo assim... punitiva, mas uma coisa suave. Porque quando você impõe, você não consegue nada.” (A3)

O manual Cuidar Melhor e Evitar a Violência (2008, p.273) utiliza uma frase que retrata a questão: “A palavra-chave no gerenciamento do enfretamento na prevenção de quedas é bom senso”. De fato, as agentes comunitárias relataram acima que a experiência delas indica a imprescindibilidade da sensatez e ainda revela que a imposição e a insistência de forma inoportuna e “agressiva” além de não trazer benefícios, ainda prejudica a comunicação e o vínculo com os idosos.

A literatura reitera que as informações devem ser comunicadas de forma positiva para ser mais efetiva na motivação para um comportamento saudável (VIVRETTE ET AL., 2011). Muitos idosos evitam pensar em informações negativas, a ênfase deve ser dada na promoção de saúde e na prevenção. A ênfase das orientações sobre prevenção de quedas deve estar nos benefícios pessoalmente relevantes ao idoso, como forma de recompensa à adesão (MCMAHON;TALLEY;WYMAN, 2011;ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b).

Assim, a equipe de saúde precisa impregnar nos idosos que a prevenção de quedas não é restritiva sobre a sua autonomia, especialmente quando se pensa em modificações ambientais ou no uso de auxiliares de marcha. Mas que estas alterações estão no intuito de manter sua independência. Os idosos estão mais propensos a participar da prevenção de quedas se entenderem que as intervenções ajudam a manter a independência e no desenvolvimento de uma autoimagem positiva sobre as pessoas mais velhas (MCMAHON;TALLEY;WYMAN, 2011). Pesquisa revela que alguns

idosos que já participavam de atividades físicas não tinham o objetivo de prevenir quedas, mas de apenas manter a qualidade de vida. Isso nos indica que a prevenção de quedas, por vezes, precisa ter um tom sutil (POHL et al., 2015).

Outro aspecto quanto a comunicação é apontado no Caderno de Atenção Básica, o uso corriqueiro pelos profissionais da infantilização quando em comunicação com o idoso. Representa o uso inapropriado de vovô, querido, ou termos diminutivos. Isto fere a autonomia do mesmo e prejudica sua interação (BRASIL, 2008).

Elementos de uma comunicação assertiva por parte dos profissionais abarcam: a escuta atenta, reciprocidade, afeto e respeito, entonação adequada de linguagem, diálogo acolhedor com fala clara e pausada, olhar de frente para o idoso, demonstração de expressões faciais como sorriso, linguagem acessível sem uso de palavras técnicas, disponibilidade de tempo para a conversa e evitar possível interferência que o ambiente possa ter como ruídos, distrações, iluminação deficiente, falta de conforto e privacidade (ALMEIDA; CIOSAK, 2013; HAMMAR et al., 2017).

Destaca-se o uso de linguagem simples, de forma que o idoso seja capaz de compreender e validar o que entendeu. O Caderno de Atenção Básica (2006) descreve essa validação ao perguntar se o idoso entendeu o que foi explicado, se houve alguma dúvida, aguardando que este responda a seu tempo sem inibições, e se necessário, reformular as orientações com palavras diferentes mais apropriadas ao entendimento deste.

Importante aspecto observado no cotidiano quando há a comunicação com idoso, retrata-se no uso das perguntas ao idoso sobre suas ações. As perguntas precisam ser abertas para que não haja indução da resposta ou intimidação do idoso caso a resposta seja negativa. Por exemplo, em vez de perguntar : “O senhor tomou o remédio direitinho?”, pergunta-se: “como tem sido utilizar as medicações para o senhor?”.

Além disso, estudos relatam que todas as orientações não necessitam ser discutidas em uma consulta apenas, estas têm de ser priorizadas, pois a adesão dos idosos é inversamente proporcional à quantidade de orientações. As orientações devem ser oferecidas paulatinamente ao longo do tempo, por meio de frases curtas e objetivas (GIORGI, 2006; PHELAN et al., 2015). O processo de comunicação mais intuitivo, com bom senso, são mais efetivos do que muitas informações e conhecimentos para ‘digerir’, pensar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015b). Além disso, seria interessante eleger a meta terapêutica principal e conforme as reavaliações e os desdobramentos propor as demais metas (MORAES, 2012).

Outra facilidade para comunicação e adesão é o uso da equipe multidisciplinar em consulta conjunta. A consulta conjunta é onde há a presença de outros profissionais médicos e não médicos e o idoso é uma boa estratégia, onde se agrega os saberes, potencializa o pedagógico, integra as informações, preenche a lacuna da inconsistência das mensagens e orientações fornecidas pelos diferentes profissionais, de forma que este aumente sua adesão (BRASIL, 2008; GIORGI, 2006; BOONGIRD; ROSS, 2017; ECKSTROM et al., 2016).

O documento Vigilância e Prevenção de Quedas em Idosos (SÃO PAULO, 2010) reitera que o aconselhamento correto dos idosos, familiares e da comunidade pode mudar a perspectiva com que os mesmos veem a queda e pode estimular a adesão.

O Caderno de Atenção Básica (2006, p. 119) refere que o aconselhamento baseia-se na interação e confiança entre o profissional e o idoso, na escuta qualificada para a reflexão e superação de dificuldades e adoção de comportamentos protetores. O aconselhamento, de acordo com este documento, é composto pela troca de informações, avaliação das vulnerabilidades e apoio emocional, pois se “fundamenta na interação e relação de confiança entre o profissional e o idoso”. E ainda que a adesão esteja relacionada à aptidão dos profissionais em gerar vínculos positivos e um processo contínuo de motivação. O vínculo foi evidenciado pelas Agentes:

“quando eu tenho um vínculo legal, bem assim direto, eu falo bem assim porque ela me permite isso.” (A2)

Desta forma, o vínculo provê uma comunicação clara, a verbalização de sentimentos, crenças e barreiras para adesão, além de proporcionar o atendimento personalizado, a escuta ativa, o acolhimento humanizado e o aconselhamento sem a colocação de juízos de valor, prescritiva e autoritária ou constrangedora. “A adesão é um processo colaborativo que pressupõe a participação nas decisões” (BRASIL, 2008, p.14).

O vínculo entre a equipe de saúde e o idoso provém da longitudinalidade. Já mencionado anteriormente como característica da atenção Primária como a garantia da efetividade do cuidado ao longo do tempo. A provisão dos cuidados continuados pela mesma equipe oferece vantagens para o serviço no acompanhamento e na adesão da pessoa idosa conforme citado pelo Caderno de Atenção Básica (2006).

Essencialmente a longitudinalidade provém da relação pessoal entre os profissionais da atenção primária e o idoso e a possibilidade aos usuários uma fonte assídua de atenção. Viabiliza a equipe o acompanhamento da vida dos indivíduos em

diferentes ciclos, assim como dos familiares e da comunidade e proporciona vínculo e responsabilização. Entre as vantagens estão uma prevenção melhor, atendimentos mais adequados, mais satisfação do usuário e menores custos (BRASIL, 2007b).

Na longitudinalidade as estratégias que até agora se mostraram efetivas para estimular a adesão são a auto-avaliação, a definição de metas, feedback positivo e valorização dos progressos, contratação ou a definição de metas, compromisso e reforço. Estes fortalecem a auto-regulação nos elementos de auto-recompensa, identificação de metas e o auto-monitoramento que favorecem a adesão (MCALISTER;PERRY;PARCEL, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, 2007; HILL et al., 2017).

A definição de metas (*goal setting*) é um termo muito utilizado em teorias de mudanças de comportamento. É um processo que estabelece metas mensuráveis e realistas para efetivar as ações de prevenção (CANE;OCONNOR;MICHIE, 2012).

Já na década de 90, pesquisa experimental para promoção de saúde em idosos, identificou que planos e metas individuais e aconselhamento foram significativos para a adesão a comportamento preventivos (FOX;BREUER;WRIGHT, 1997).

Moraes (2012, p.52) aponta que estabelecer como parâmetro a melhoria da independência e autonomia do idoso e da família é fundamental ao definir-se as metas terapêuticas, a priorização do cuidado e o consenso sobre as intervenções, a “elaboração compartilhada” da terapêutica para engajar o idoso no plano de cuidados.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) já previa a utilização de um modelo de atenção a saúde que realizaria a intermediação entre as metas do plano de cuidados com os desejos do idoso e de seus familiares, por meio do fornecimento de conhecimento e considerando o contexto histórico e social para consenso entre a equipe e o idoso.

A literatura relata que os profissionais envolvidos na prevenção de quedas precisam definir conjuntamente as metas e discutir as mudanças que o idoso está disposto a fazer para evitar novas quedas (CHILD et al., 2012). Os idosos, embora haja variação entre os indivíduos de acordo com as experiências ao longo da vida, aprendem a se adaptar e designar metas pessoais, ajustar os anseios, as crenças de autoeficácia e mecanismos para enfrentamento pró-ativo e variação nos papéis sociais (FONTES, 2010). Dessa forma, o idoso é demonstrado como uma pessoa plenamente capaz de se envolver no cuidado, cujo projeto terapêutico é fruto de negociações de acordo com as condições dele próprio (MORAES, 2012).

O uso da definição de metas para mudança, elemento da auto-regulação do indivíduo de acordo com a psicologia social (CHAMPION;SKINNER, 2008; MCALISTER;PERRY;PARCEL, 2008), pode ser realizado de forma progressiva. É importante que a equipe e o idoso desenvolvam expectativas realistas e utilizem de reforço positivo ao reconhecer os esforços para manutenção e adesão daquelas ações propostas.

O reforço é um processo que aumenta a frequência da ações por meio de um estímulo. Este incentivo ou recompensa é ofertada ao idoso que persiste na repetição daquele comportamento preventivo. Pode ser de forma material ou verbal. É um importante fator da adesão e considerado em diversos modelos como o *Health Belief Model*, *Transtheoretical Model*, *Preced-Proceed Model* dentre outros (CANE;OCONNOR;MICHIE, 2012; GLANZ;RIMER;VISWANATH, 2015; GIELE et al., 2008). Tem sido utilizado como a forma de engajamento, acompanhamento e contato entre a equipe de saúde e os usuários.

Na literatura encontra-se o limite de 4 a 6 semanas para realizar o reforço por meio de contato entre a equipe e idosos e seus familiares após a definição das metas verbalizada pelo idoso (MATEI et al., 2015). Utiliza-se muito o contato por telefone, mas recomendam-se também as visitas domiciliares como alternativa ao contato telefônico ou como outra estratégia de contato com regularidade de tempo mais espaçada, entre 4 a 8 semanas (EVERS et al., 2012; ROSENTHAL; WILLIAMS; NAUGHTON, 2006).

O acompanhamento e o auto-monitoramento de cada item acordado para prevenção das quedas fomenta a relevância do eu e pode ser crítico na motivação para adoção de comportamentos protetores (VIVRETTE et al., 2011). Esforços devem ser executados pela equipe para manter a comunicação continuamente e a avaliação do progresso dos usuários. O acompanhamento é uma forma simples e barata de melhorar a adesão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; OLIVEIRA; JOSE; CALDAS, 2017; SIMEK; MCPHATE; HAINES, 2012; PHELAN et al., 2015).

Assistência provida para doenças crônicas já utilizam do acompanhamento com profissionais como enfermeiros ou psicólogos para reforço, avaliação e orientação dos pacientes e têm obtido sucesso (GIORGI, 2006). Pesquisa em idosos relata que, mesmo em intervenções únicas para prevenção de quedas, como em modificações ambientais no domicílio dependem do suporte e da intensidade da intervenção para fazer a diferença. A forma como a avaliação, como é ofertado e um reforço e acompanhamento

adequados podem produzir resultados positivos e são vitais (CLEMSON et al., 2008, p.968).

As ACS relataram ser esse o principal ponto para granjear a adesão, referindo-se não somente à longitudinalidade que proporciona o aumento do vínculo e do conhecimento dos idosos assistidos, mas também pela possibilidade da aderência após o aconselhamento em diferentes momentos e situações.

“é só com o tempo mesmo, devagar. Às vezes tem uma coisa que você falou há um ano e eles consegue captar e muda. Mas isso é a longo prazo.” (A1)

Assim, a prevenção de quedas se torna humanizada, flexível para suprir as preferências e para viabilizar um valor social à prevenção (CHILD et al., 2012). Além disso, procurar identificar com o idoso os recursos disponíveis na comunidade para suprir ou executar as atividades preventivas ou protetoras possibilita o acréscimo na auto-eficácia. O uso de espaços comunitários e atividades sociais podem colaborar com a adesão e o fortalecimento do suporte social.

5.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como já citado anteriormente, uma grande limitação metodológica sobre a limitação da disponibilidade do tempo para a realização das etapas de validação e pré-teste na efetivação de um instrumento fidedigno.

Quanto à análise documental não foram abordados assuntos como a história e a evolução das legislações brasileiras sobre as quedas ou envelhecimento e envelhecimento ativo.

Quanto à revisão da literatura, muitos assuntos relacionados não foram mencionados, por vezes, no intuito de não desviar a discussão do foco principal. Um traçado geral sobre o assunto foi delineado, especificamente no que se refere à Atenção Primária.

Similarmente não foram exploradas as diferenças de gênero, etnia ou raça ligados ao risco de quedas, medo de cair e ageísmo. Também não foram aprofundados as questões ou pontos acerca da capacitação que precisam ser aprofundados, ponto a ponto, nos profissionais de saúde.

Outro elemento importante refere-se ao uso de termos das teorias e modelos de mudança de comportamento. Foram privilegiados alguns aspectos específicos, de acordo com a observação da pesquisadora, não privilegiando nenhuma teoria ou modelo

especificamente como referencial teórico, o que pode gerar críticas por especialistas em psicologia social. No entanto, explicita-se que o intuito é somente o de explicitar ou definir brevemente o assunto por tópicos para que a leitura fique mais clara e menos teórica para utilização no contexto da Atenção Primária.

Quanto ao grupo focal, limita-se a pesquisa por se tratar da opinião e da vivência de agentes comunitários de saúde de apenas uma unidade de saúde da família respectiva a um município, embora permita um retrato de outras equipes.

6 INSTRUMENTO

O instrumento abaixo intenciona sintetizar a discussão realizada e conjugar os resultados encontrados nos diferentes métodos. Este deve ser utilizado como uma diretriz das ações que toda a equipe de saúde da Atenção Primária precisa exercitar. Entende-se, também, que não é um caminho unidirecional, mas um ciclo que emprega a longitudinalidade, o vínculo e a educação em saúde como um meio de potencializar o autocuidado, a autonomia e a independência, favorecer a adesão às recomendações para prevenções de quedas e incentivar as oportunidades de realizações sociais e comunitárias pelos idosos.

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS - PASSOS EM BUSCA DA ADEÇÃO

ESCUTA QUALIFICADA COM USO DE LINGUAGEM ADEQUADA; NÃO USAR COERÇÃO; PERGUNTAS ABERTAS; SEM USO DE INFANTILIZAÇÃO EM TODOS OS PASSOS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escopo da pesquisa desponta após a constatação do envelhecimento populacional e da relevância que as quedas representam sobre a morbimortalidade dentro da transição epidemiológica.

Nesse novo paradigma de saúde a Atenção Primária torna-se o modelo de atenção potencializador do envelhecimento saudável, que viabiliza a participação ativa, a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Analizou-se como o problema das quedas está retratado na política nacional brasileira e por meio da literatura o conhecimento sobre este tema, seus fatores de risco associados e sobre como as intervenções que a Atenção Primária pode realizar para melhorar sua assistência aos idosos.

Desta forma, uma síntese do material analisado forneceu elementos para a construção de um instrumento para promover a adoção dos idosos à prevenção de quedas, de prejuízos à capacidade funcional e ainda preservar a autonomia e independência.

Sugere-se como continuidade em pesquisas futuras, a avaliação do instrumento sobre a adesão dos idosos no contexto da Atenção Primária. Assim como se propõe a análise das barreiras de adesão na perspectiva de idosos e familiares quanto a prevenção de quedas.

Concluindo, constatou-se que a queda é um problema de saúde pública e pretendeu-se por meio dessa pesquisa fornecer conhecimentos que possam ser utilizados para conscientizar a sociedade, gestores e profissionais de saúde quanto às causas atreladas a esse evento e as formas de auxiliar trabalhadores de saúde a lidar com pessoas nesta faixa etária para incrementar sua adesão à prevenção de quedas e oportunizar um envelhecimento saudável.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERENCIAS

1. ALMEIDA, R.T.; CIOSAK, S.I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 884-890, Aug. 2013.
2. ALMEIDA, S.T.; SOLDERA, C.L.C.; CARLI, G.A.; GOMES, I.; RESENDE, T.L.. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [serial on the Internet], v. 58, n. 4, p. 427-33, ago 2012.
3. ALVARENGA, M.R.M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, May 2011.
4. ALVES JUNIOR, E.; PAULA, F.L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. **Fit Perf J.**, v. 7, n.2, p. 123-9, 2008.
5. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY/ BRITISH GERIATRICS SOCIETY. **Clinical Practice Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons**. 2010
6. AMINZADEH, F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. **Age and Ageing**, v. 29, Issue 5, Set 2000, p. 401– 407.
7. ARAUJO, A. M. et al. Mortality profile from falls in the elderly. **Revista de Pesquisa : Cuidado é Fundamental** [Online], v. 6, n. 3, p. 863-875, 2014.
8. ARREGUY-SENA, C. et al. Projeto de extensão sobre o processo de envelhecimento e contribuição para o Envelhecimento ativo: acuidade visual por triagem domiciliar na prevenção de Quedas. In: 7 Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2016, **Anais**. Ouro Preto, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016. ISBN: 978-85-93416-00-2
9. AVILA, M.A.G.; PEREIRA, G.J.C.; BOCCHI, S.C.M. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 20, n. 6, p. 1901-1907, 2015
10. AZEVEDO, M.L.G.; BRÊTAS, A. Projeto “animar sem quedas”: reflexões sobre lazer e saúde. **Licere**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, jun/2017.
11. BAIXINHO, C.L.; DIXE, M.A. Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. **Universal Journal of Public Health**, v. 4, n.3, p. 139-143, 2016. DOI 10.13189/ujph.2016.040303.
12. BANERJEE, P.; PURI, A. Healthy Aging in the Geriatric Population: An Exploration with OAM. **EC Psychology and Psychiatry**, v. 1, issue 6, p. 210-216, Jan 2017.
13. BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Marcelo Figueiredo Duarte (trad.). Artmed: Porto Alegre, 2009. 216 p.
14. BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p. 95-101, 2012.
15. BATISTA, M.P.P.; ALMEIDA, M.H.M.; LANCMAN, S. Políticas Públicas para a população. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.
16. BENTO, P.C.B.; RODACKI, A.L.F.; HOMANN, D.; LEITE, N. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 471-479, 2010.
17. BERLEZI, E.M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, Aug. 2016.
18. BESDINE, R.W.; WETLE, T.F. Improving health for elderly people: an international health promotion and disease prevention agenda. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.22, n.3, 219-230. Jun 2010.

19. BOONGIRD, C.; ROSS, R. Views and Expectations of Community-Dwelling Thai Elderly in Reporting Falls to Their Primary Care Physicians. **J Appl Gerontology**, v. 36, n. 4, p. 480-498, abr 2017.
20. BRAGA, S.F.M.; GUIMARAES, L.V.M.; SILVEIRA, R.B.; PINHEIRO, D.C. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 3, p. 94-112, 2016. ISSN 2317-3793.
21. BRASIL. Lei Ordinária nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 1990. Seção 1, p. 18055.
22. _____. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília; **Anvisa**, 2005.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília, DF: 2007a. 32 p.
24. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária e Promoção de Saúde**. Brasília, DF: 2007b. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). ISBN 978-85-89545-16-7
25. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: 2008. 130 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84) ISBN 978-85-334-0547-9
26. _____. Portaria 2.669 de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**, 6 de novembro de 2009, n. 212, seção I, p. 58-60.
27. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., 3. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 68 p.
28. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
29. _____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático**. MULLER, N.P.; PARADA, A. (Orgs.). – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013a. 538 p.
30. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção I, p.59-62
31. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maio, 2014.
32. BRETAN, O. et al . Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timed up and go. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 18-21, fev. 2013.

33. BRITO, M.C.C.; FREITAS, C.A.S.L.; MESQUITA, K.O.; LIMA, G.K. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 161-178, Jun 2013. Online ISSN2176-901X.
34. BRITTO, H.M.J.S. **Variáveis relacionadas ao processo de adesão a um programa de prevenção de quedas em idosos cadastrados na estratégia de saúde da família**. 95f. Dissertação – Programa de Pós-graduação em Fisioterapia. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2012.
35. BONQUE, B.; DUPRE, C.; BEAUCHET, O.; ROSSAT, A.; FANTINO, B.; CORTEZ, A. A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. **J Clin Epidemiol.**, v, 64, n. 10, p. 1152-60, 2011 out. .
36. BUTLER, A.A.; LORD, S.R.; TAYLOR, J.L.; FITZPATRICK, R.C. Ability versus hazard: risk –taking and falls in older people. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 70, Issue 5, p. 628–634, May 2015.
37. CABRAL, J.R. Et al. Oficina de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção de Saúde**, v.1, n.2, p. 71-75, Jul/dez 2015.
38. CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Cap. 8, p.253-92.
39. CAMPBELL, A.J.; ROBERTSON, M.C.; LA GROW, S.J.; KERSE, N.M.; SANDERSON, G.F.; JACOBS, R.J. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: The VIP trial. **British Medical Journal**, v. 331 (7520), p. 817–25, out 2005.
40. CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. **Implementation Science**, v. 7,n.37, 2012.
41. CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet], v. 19, n. 3, p. 725-733, Jun 2003.
42. CARVALHO, J.A.M; RODRIGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública** [online], v.24, n.3 , pp. 597-605, 2008
43. CARVALHO, F.F.M.; SEVERO, C.M.;BIASI, L.S.; RUAS, A.I.; DENTI, I.A Quedas domiciliares: implicações na saúde de idosos que necessitaram de atendimento hospitalar. **Revista de Enfermagem FW**, v. 8, n. 8, p. 17-30, 2012.
44. CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, N.M.A. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. **Physis** [online] , vol.19, n.3, pp.743-759, 2009. ISSN 1809-4481
45. CASTRO, P.M.M.; MAGALHÃES, A.M.; CRUZ, A.L.C.; REIS, N.S.R.D. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-140, Mar. 2015.
46. CASTRO, V.C.; CARREIRA, L. Atividades de lazer e atitude de idosos institucionalizados: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 307-14, mar.-abr. 2015.
47. CATTELANI, L. PALUMBO, P.; PALMERINI, L.;BANDINELLI, S.; BECKER, C.; CHESANI, F. et al. FRAT-up, a web-based fall risk assessment tool for elderly people living in the community. **J Med Internet Res.**, v. 17, p. e41., 2015. pmid:25693419.
48. CAVALCANTE, R.B.;CALIXTO, P.;PINHEIRO, M.M.K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, 2014.

49. CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015. 119 p. ISBN 978-85-69483-01-4.
50. CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Nucleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, 2 ed. 2013. 167 p.
51. CHAMPION, V.L.; SKINNER, C.S. The Health Belief Model. In: GLANZ, K.; RIMER B.K.; VISWANATH, K. (Ed.) **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. San Francisco: Jossey-Bass Public Health. 4 ed. 2008, 3, p. 45-66.
52. CHANG, J.T.; MORTON, S.C.; RUBENSTEIN, L.Z. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **BMJ**, v. 328, p. 680-683, 2004.
53. CHENA, D.N.C.; ORTOLANI, F.P.B.; WITTER, C.; RODRIGUES, G.M. Envelhecimento e Interdisciplinaridade: Análise da produção científica. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 883-901, 2015.
54. CHILD, S.; GOODWIN, V.; GARSIDE, R.; JONES-HUGHES, T.; BODDY, K.; STEIN, K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implement Sci.*, v. 7, p. 91, Set 2012
55. CHOU, W.C.; TINETTI, M.E.; KING, M.B.; IRWIN, K.; FORTINSKY, R.H. Perceptions of Physicians on the Barriers and Facilitators to Integrating Fall Risk Evaluation and Management Into Practice. **J Gen Intern Med.**, v. 21, n. 2, p. 117-122, 2006.
56. CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3507-3515, 2010.
57. CIRIBELLI, M.C. **Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica**. 7Letras: Rio de Janeiro, 2003. 222 p.
58. CLEMSON, L.; CUMMING, R.G.; KENDIG, H.; SWANN, M.; HEARD, R.; TAYLOR, K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 9, p. 1487-94, set 2004.
59. CLEMSON, L.; MACKENZIE, L.; BALLINGER, C.; CLOSE, J.C.; CUMMING, R.G. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: a meta-analysis of randomized trials. **J Aging Health**, v.20, n.8,, p.954-71, 2008.
60. CLOSE, G.C.T.; LORD, S. R. Fall assessment in older people. **BMJ**, 343, d5153, 2011.
61. COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015.
62. CORREA, M.R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Coleção PROPG Digital - UNESP. ISBN 9788579830037.
63. CORREA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 1 ed. MOTA, A.E.S. et al (Organizadora). Cortez Editora: São Paulo, 2007. 408 p. ISBN: 9788524912665
64. CÔRTE, B. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília: DF, 2008. p. 53-63. 196 p. ISBN: 978-85-89208-10-9.
65. COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. - Avaliação Geriátrica Ampla. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez 2003.

66. COSTA, B.V.; BOTTCHEER, L.B.; KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1 p.25-36, jan./mar. 2009.
67. COUTO, F. B.D; PERRACINI, M.R. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, out-dec., 2012, p. 693-706.
68. CRUZ, D.T, et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.46, n., pp. 138-146 , 2012.
69. CRUZ, D.T.; Et al. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 386-393, Dez 2015 .
70. CRUZ, D.T.; CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n.4, p. 500-8, 2010.
71. CUMMING, R.G.; THOMAS, M.; SZONYI, M.; SALKED, G.; O'NEIL, E.; WESTBURG, C.; FRAMPTON, G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 47, n.12, p. 1397–1402, 1999.
72. CUMMING,R.; THOMAS, M.; SZONYI, G.; FRAMPTON, G.; SALKED, G.; CLEMSON, L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n.6, p. 641-648, Nov 2001
73. CWIKEL, J.G.; FRIED, A.; BIDERMAN, A. GALINSKY, D. Validation of a fall-risk screening test, the Elderly Fall Screening Test (EFST), for community-dwelling elderly. **Disabil Rehabil.**, v.20, n.5, p.161-67, 1998.
74. DAL-FABBRO, A.I. Adherence to long term therapies: evidence for action. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1297-1298, Aug. 2005
75. DIAS, A.M. Razão e desrazão nas tomadas de decisão. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 391-416, jun. 2010..
76. DIAS, E.F.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.2, p. 258-267, 2010.
77. DICKINSON, A.; MACHEN, I.; HORTON, K.; JAIN, D.; MADDEX, T.; COVE, J. Fall prevention in the community: what older people say they need. **Br J Community Nurs**, v. 16, p 174–180, 2011a.
78. DICKINSON, A.; HORTON, K.; MACHEN, I.; BUNN, F.; COVE, J.; JAIN, D.; MADDEX, T. The role of health professionals in promoting the uptake of fall prevention interventions: a qualitative study of older people's views. **Age and Aging**, v. 40, n. 6, p. 724-730, 2011b.
79. DIMATTEO, M.R. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes: the author's recent meta-analysis indicates that patients do not follow treatment recommendations unless they know what to do, are committed to doing it, and have the resources to be able to adhere. **Journal of the American Academy of Physicians Assistants**, v.17, n.11, p.18-21, 2004.
80. DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012 .
81. DURU, P.; ÖZLEM, Ö.; ÜNSAL, A.; BALCI ALPARSLAN, G. The Frequency of Falling Elderly and Evaluation of the Behavioral Factors Related to Preventing the Falls. **Journal of Duzce University Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 34-40, 2016.
82. ECKSTROM, E. et al. An interprofessional approach to reducing the risk of falls through enhanced collaborative practice. **J.Am.Geriatric Soc.**, v.64, p. 1701-1707, 2016.

83. ELLIOTT, S. J. et al. Feasibility of interdisciplinary community-based fall risk screening. **American journal of occupational therapy**, v. 66, n. 2, p. 161-168, 2012.
84. EVERS, A.; KLUSMANN, V.; ZIEGELMANN, J.P.; SCHWARZER, R.; HEUSER, I. Long-term adherence to a physical activity intervention: the role of telephone-assisted vs. self-administered coping plans and strategy use. **Psychol Health.**, v. 27, n.7, p. 784-97, 2012.
85. FALSARELLA, G.R.; GASPAROTTO, L.P.R.; COIMBRA, A.M.V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso: Revisão da literatura. **Rev Bras. Geriatria e Gerontol.**, v. 17, n. 4, p.897-910, 2014.
86. FARIA, L.R.; ALVES, C.A. O cuidado na atenção primária à Saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 72-85, 2015.
87. FARRANCE, C.; TSOFLIOU, F.; CLARK, C. Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. **Preventive Medicine**, v. 87, p. 155-166, jun 2016.
88. FAVA, S.M.C.L.; NUNES, Z.B.; GONÇALVES, M.F.C.; NOGUEIRA, M.S. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. **Saúde & Transformação social**, v. 2, n. 3, p. 81-87, 2011.
89. FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, ed.20, v. 1, artigo 7, jan/mar 2012.
90. FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M.. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, Dec. 2012.
91. FERREIRA, C.V.; FERREIRA, C.G.; ESCOBAR, R.V. Relação entre envelhecimento ativo, risco de queda e perfil funcional de idosos. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 27-41, 2012.
92. FERREIRA, S.O. et al. Construção de um projeto terapêutico singular durante visita domiciliar: relato de experiência. **UDESC em ação**, v. 9, n. 1, 2015.
93. FHON, J.R.S. et al. Prevalencia de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, Apr. 2013.
94. FITZGERALD, K.G. Teaching Global Aging. **The Gerontologist**, v. 55, n. 1, p. 173-176, Jan 2015.
95. FONTES, A.P. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimentos ao longo da vida (life-span). **Revista Kairós**, Caderno temático 7, p.8-20, Jun 2010.
96. FOX, P.J.; BREUER, W.; WRIGHT, J.A. Effects of a health promotion program on sustaining health behaviors in older people. **Am J Prev Med**, v.13, n.4, p.257-64, Jul/ago 1997.
97. FRANCO, M.R.; SHERRINGTON, C.; TIEDEMANN, A.; PEREIRA, L.S.; PERRACINI, M.R.; FARIA, C.R.; PINTO, R.Z.; PASTRE, C.M. Effectiveness of Senior Dance on risk factors for falls in older adults (DanSE): a study protocol for a randomised controlled trial. **BMJ Open**, v. 6, n.12, e013995. 2016.
98. FRANK, J.C.; HIRSCH, S.H.; CHERNOFF, J.; WALLACE, S.P.; ABRAHAMSE, A.; MALY, R.; REUBEN, D.B. Determinants of patient adherence to consultative comprehensive geriatric assessment recommendations. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 52, n.1, p. m44-51, 1997.
99. FREITAS, R.; SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SILVA, M.E.; PELZER, M.T. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on line], v.64, n.3, mai-jun 2011.
100. GARSKE, Q.; SWANKE, N.L.; REUTER, E.M.; MORAIS, G.G.; WEIS, .G.F. MOTIVAÇÃO E BARREIRAS: percepção de idosos que participam de grupos de

- Terceira Idade de Santa Cruz do Sul. **Cinergis**, v. 12, n.1, p.48-54, Jan/Jun 2011. ISSN 2177-4005
101. GASPAR, A.C.M.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O.; MENDES, P.A.; SEGRI, N.J. Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170044, 2017.
 102. GASPAROTTO, L. P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 201-209, 2014.
 103. GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, Feb. 2005.
 104. GAWRYZEWSKI, V.P.; JORGE, M.H.P.M; KOIZUMI, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc Méd Bras.**, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.
 105. GEORGETON, E.; AUBERT, L. PIERRARD, N.; GABORIEAU, G.; BERRUT, G.; DECKER, L. General practitioners adherence to recommendations from geriatric assessments made during teleconsultations for the elderly living in nursing homes. **Maturitas**, v. 82, n. 2, p. 184-189, Out 2015.
 106. GIELE, A.C. Et al. Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. In: : GLANZ, K.; RIMER B.K.; VISWANATH, K. (Ed.) **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. San Francisco: Jossey-Bass Public Health. 4 ed. 2008, 18, p.407-433.
 107. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. 4 reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.
 108. GILLESPIE, L.D.; GILLESPIE, W.J.; ROBERTSON, M.C., et al. Interventions for preventing falls in elderly people. **Cochrane Database Syst Rev**., v. 4:CD000340, 2003.
 109. GILLESPIE, L.D.; ROBERTSON, M.C.; GILLESPIE, W.J.; SHERRINGTON, C.; GATES, S.; CLEMONSON, L.M.; LAM, S.E. Interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database Systematic Reviews**, n.9, Set 2012.
 110. GIORGI, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n.1, p.47-50, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/11-estrategias-para-melhorar.pdf>>.
 111. GLANZ, K.; RIMER B.K.; VISWANATH, K. (Ed.) **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. San Francisco: Jossey-Bass Public Health. 5 ed., 2015, 612 p.
 112. GLANZ, K.; BISHOP, D.B. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. **Annu Rev Public Health.**, v. 31, p.339-418, 2010.
 113. GRECO-SOARES, J.P; DELL'AGLIO, D.D. Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Psicologia,saúde & doenças**, v.18, n.2, p.322-334, 2017.
 114. GUERRA, H.S.; BERNARDES, .D.C.F; SANTANA, J.A.; BARREIRA, L.M.; ALVES E SOUZA, R.; NEVES, C.M. avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade. **Rev. Saúde.Com**, v. 13, n.2, p. 879-886. 201
 115. GUNTHER,H. **Como Elaborar um Questionário**. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. (Serie Planejamento de pesquisa nas ciências sociais, n. 01).
 116. HAINES, T.P.; LEE, D.A.; O'CONNELL, B.; MCDERMOTT, F.; HOFFMANN, T. Why do hospitalized older adults take risks that may lead to falls? **Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy**, v. 18, n. 2, p.233-249. , 2015.

117. HALAWEISH, I.; ALAM, H.B. Changing Demographics of the American Population, **Surgical Clinics of North America**, v. 95, Issue 1, p. 1-10, Fev. 2015.
118. HAMMAR, L.M.; HOLMSTROM, I.G.; SKOGLUND, K.; MERANIUS, M.S.; SUNDLER, A.J. The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. **Nurse Education Today**, v. 52, p.1-6, mai 2017.
119. HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, Jun 2010
120. HAYDEN J. **Introduction to health behavior theory**. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2ed. 2014. 315 p.
121. HEKTOEN, J.F.; AAS, E.; LURAS, H. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scand J Public Health*, v. 37, n.6, p. 584-9, Ago 2009.
122. HILL, A.M.; HOFFMAN, T.; BEER, C.; MCPHAIL, S.; HILL, K.D. et al. Falls after discharge from hospital: is there a gap between older peoples' knowledge about falls prevention strategies and the research evidence?. **Gerontologist**, v. 51, p. 653–662, 2011.
123. HILL, A.M, ETHEERTON-BEER,, C.; HAINES, T.P. Tailored Education for Older Patients to Facilitate Engagement in Falls Prevention Strategies after Hospital Discharge—A Pilot Randomized Controlled Trial. **PLoS ONE**, v.8, n.5,e63450, 2013.
124. HILL, A.M.; WALDRON, N.; FRANCIS-COAD, J. et al. 'It promoted a positive culture around falls prevention': staff response to a patient education programme—a qualitative evaluation. **BMJ Open**, v. 6, n. 12, e013414, 2016a
125. HILL, A.M, FRANCIS-COAD, J.; HAINES, T.P. et al. "My independent streak may get in the way": how older adults respond to falls prevention education in hospital. **BMJ Open**, v.6, n.7, e012363, 2016b.
126. HILL, A.M.; ETHEERTON-BEER, C.; MCPHAIL, S.M.; MORRIS, M.E.; FLICKER, L.; SHORR, R.; BULSARA, M.; LEE, D.C.; FRANCIS-COAD, J.; WALDRON, N.; BOUDVILLE, A.; HAINES, T. Reducing falls after hospital discharge: a protocol for a randomised controlled trial evaluating an individualised multimodal falls education programme for older adults. **BMJ Open**, v. 7, issue 2,p.e013931, 2017.
127. HORNBROOK, M.C.; STEVENS, V.J.; WINGFIELD, D.J.; HOLLIS, J.F.; GREENLICK, M.R., ORY, M.G. Preventing falls among community-dwelling older persons: Results from a randomized trial. **The Gerontologist**, v. 34, n.1, p. 16–23, 1994.
128. HOST, D.; HENDRICKSEN, D.; BORUP, I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.39,n.7, p.741-748, 2011..
129. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008**. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP305&t=revisao-2008-projecao-populacao-grupos-especiais>>.
130. _____. **Censo Demográfico 2010 [online]** . Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/>>).
131. _____. **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 92 p.
132. JACONDINO, C.B. **Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na estratégia saúde da família**. 145 f. 2013. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em

- Gerontologia Médica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.
133. JANINI, J.P.; BESSLER, D. VARGAS, A.B.. Health education and health promotion: impact on quality of life of elderly. **Saúde debate** [online]. 2015, v.39, n.105, p.480-490. ISSN 0103-1104
 134. JANNUZI, F.F. **Crenças e fatores psicossociais determinantes da adesão aos antidiabéticos orais**. 2014. Tese (doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2014.
 135. JENKYN, K.B.; HOCH, J.S.; SPEECHLEY, M. How Much Are We Willing to Pay to Prevent A Fall? Cost-Effectiveness of a Multifactorial Falls Prevention Program for Community-Dwelling Older Adults. **Canadian Journal on Aging**, v.31, Issue 2, June 2012, p. 121-137.
 136. JONAS, Lucélia Terra. **Construção da escala avaliativa do risco de quedas (EARQUE) para pessoas idosas não institucionalizadas**. 2013. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.
 137. JOSEPH, G.; BURKE, N.J.; TUASON, N.; BARKER, J.C.; PASICK, R.J. Perceived Susceptibility to Illness and Perceived Benefits of Preventive Care: An Exploration of Behavioral Theory Constructs in a Transcultural Context. **Health Educ. Behav.**, v. 36, supl.5, p. 71S-90S. Out 2009.
 138. KARDAS, P.; LEWEK, P.; MATYJASZCZYK, M. Determinants of Patient Adherence: A Review of Systematic Reviews. **Frontiers in Pharmacology**, v.4, n. 91, jul 2013.
 139. KESZEI, A.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.
 140. KOH, S.S.L.; MANIAS, E.; HUTCHINSON, A.M.; DONATH, S.; JOHNSTON, L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. **BMC Health Serv Res.**, v.8, p.105, Mai 2008.
 141. KRAMER, B.J.; CREEKMUR, B.; MITCHELL, M.N.; ROSE, D.J.; PYNOOS, J.; RUBENSTEIN, L.Z. Community fall prevention programs: comparing three InSTEP models by levels of intensity. **J Aging Phys Act.**, v.22., n.3, p.372-9, Jul 2014..
 142. KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Abr. 2012.
 143. KUEHN, B.M. Primary Care Screening and Intervention Helps Prevent Falls Among Elderly. **JAMA**, v.303, n.20, p.2019-2020, 2010.
 144. LAM, K.; BERLACH, R.G.; HILL, K.D.; HILL, A.M. Can peer education improve beliefs, knowledge, motivation and intention to engage in falls prevention amongst community-dwelling older adults?. **Eur J Ageing.**, v.14, n.3, p.243-255, Jan 2017. DOI: 10.1007/s10433-016-0408-x. eCollection 2017 Set.
 145. LEBRÃO, M.L. Epidemiologia do envelhecimento. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, abr. 2009.
 146. LEE, J.; GELLER, A.L.; STRASSER, D.C. Analytical review: focus on fall screening assessments. **PMR.**, v.5, p.609-21, 2013.
 147. LEITE, N.S.; KANIKADAN, P.S. Estudo bibliográfico sobre prevenção de quedas em idosos no universo da atenção básica. **South American Journal of Basic Education Technical and Technological**, v.3, n.2, p. 167-182, 2016. ISSN 2446-4821.
 148. LELAND, N.; PORELL, F.; MURPHY, S.L. Does fall history influence residential adjustments?. **Gerontologist.**, v. 51, n.2, p. 190-200, Abr 2011.
 149. LIMA, A.N.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 889-897, dez. 2010.

150. LIMA, C.R.V. **Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal**. 2011. 120 f. Monografia - Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Cefor, Brasília, 2011.
151. LIMA-COSTA, M.F.F. Et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, supl. 2, p.18-26, 2009.
152. LOPES, M.C.L.; VIOLIN, M.R.; LAVAGNOLI, A.P.; MARCON, S.S. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 4, p. 472-7, Out/Dez 2007.
153. LOPES, R.A.; DIAS, R.C. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n.3, .504-409, 2010.
154. LORD, S.R.; MENZ, H.B.; SHERRINGTON, C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. **Age and Ageing**, v. 35-S2,p. ii55–ii59. 2006.
155. LORD, S.R.; SHERRINGTON, C.; MENZ, H.B.; CLOSE, J.C.T. Environmental Risk Factors. In: _____ . **Falls in Older People: Risk factors and Strategies for prevention**. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press. 2007, cap. 8, 151-160.
156. LOURENÇO, T.S. Et al. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos moradores de Ceilândia-DF. **Revista Movimenta**, v. 6, n.2, p. 471-80, 2013.
157. LUIZ-SILVA, M.I., Et al. Promoção de cuidados à saúde: risco cardiovascular em nova Friburgo. **Revista Ciência em Extensão**, v.13, n.3, p.93-108, 2017. ISSN 1679-4605
158. LUK, J.K.H.; CHAN, T.Y.; CHAN, D.K.Y. Falls prevention in the elderly: Translating evidence into practice. **Hong Kong Med J**, v. 21, n. 2, p. 165-171, 2015.
159. MACHADO, K.L.L.L.; DOMICIANO, D.S.; MACHADO, L.G.; LOPES, J.B.; FIGUEIREDO, C.P.; TAKAYAMA, L.; OLIVEIRA, R.M.; MENEZES, P.R.; PEREIRA, R.R.R. Persistent hypovitaminosis D and loss of hip bone mineral density over time as additional risk factors for recurrent falls in a population-based prospective cohort of elderly persons living in the community; The São Paulo Ageing & Health (SPAH) Study. **Osteoporosis International**, v. 26, issue 5, p. 1535-1542, May 2015.
160. MACHADO, T.R.; OLIVEIRA, C.J.; COSTA, F.BC.; ARAUJO, T.L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n.1, p.32-8, 2009.
161. MALLMAN, D.G.; NETO, N.M.G.; SOUSA, J.C.; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.
162. MARI, F.R.; ALVES, G.G.; AERTS, D.R.G.C.; CAMARA, S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n.1, p. 35-44, Rio de Janeiro, 2016.
163. MARIN, M.J.S.; PANES, V.C.B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, Marília, v.1, n.1, p.26-34, jul./dez. 2015.
164. MARQUES, E.I.W.; PETUCO, V.M.; GONÇALVES, C.B.C. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n.2, 2010.
165. MARTINS, J.J.; BARRA, D.C.C.; SANTOS, T.M.; HINKEL, V.; NASCIMENTO, E.R.P.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN A.L. Educação em saúde como suporte

- para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], v. 9, n.2, p. 443-456. Mai/Ago 2007 a.
166. MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; SOUZA, W.G.A.; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 254-62, 2007b.
 167. MATEI, R. Et al. Acceptability of a theory-based sedentary behaviour reduction intervention for older adults ('On Your Feet to Earn Your Seat'). **BMC Public Health**, v.15, p. 606, Jul 2015.
 168. MAZO; G.Z.; MEURER, S.T.; BENEDETTI, T.R.B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **Psicol. Am. Lat.**, México , n. 18, nov. 2009 .
 169. MAY, T. **Pesquisa Social: Questões, Métodos e processos**. Carlos Alberto Silveira Netto Soares (trad.) 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
 170. MCALISTER, A.L.; PERRY, C.L.; PARCEL, G.S. How individuals, environments, and health Behaviors interact: social cognitive theory. In: GLANZ, K.; RIMER B.K.; VISWANATH, K. (Ed.) **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. San Francisco: Jossey-Bass Public Health. 4 ed. 2008, 8, p. 169-188.
 171. MCMAHON, S.; TALLEY, K.M.; WYMAN, J.F. Practice Development Section Paper 1 Older People's Perspectives on Fall Risk and Fall Prevention Programs: A Literature Review. **Int J Older People Nurs.**, v.6, n.4, p.289-298, 2011.
 172. MCMAHON, S.K.; WYMAN, J.F.; BELYEA, M.J.; SHEARER, N.; HEKLER, E.B.; FLEURY, J. Combining Motivational and Physical Intervention Components to Promote Fall-Reducing Physical Activity Among Community-Dwelling Older Adults: A Feasibility Study. **Am J Health Promot.**, v, 30, n.8, p. 638-44, Nov 2016.
 173. MELO, L.A.. Et al . Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 493-501, Ago. 2017 .
 174. MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L.; ARRUDA, M.H.; SILVA, I.D.; ORIÁ, J.M.O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line], v. 14, p. 1579-86, set/out 2009.
 175. MESSIAS, M. G.; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais nas quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 275-282, Aug. 2009 .
 176. MICHAEL, Y.L.; LIN, J.S.; WHITLOCK, E.P.; GOLD, R.; FU, R.; O'CONNOR, E.A.; ZUBER, S.P.; BEIL, T.L.; LUTZ, K.W. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: An Updated Systematic Review. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, Evidence Synthesis No. 80. AHRQ Publication No. 11-05150-EF-1. December 2010a.
 177. MICHAEL, Y.L.; WHITLOCK, E.P.; LIN, J.S.; FU, R.; O'CONNOR, E.A.; GOLD, R.; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.*, v. 153, n.12, p.815-25, dez 2010b.
 178. MICHAELIS Dicionário Prático da Língua Portuguesa. 3 ed. São Paulo: Melhoramentos Editora, 2016. 976 p. ISBN-13: 978-8506078594
 179. MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; PAULA, D.R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2709-2718, Sept. 2010 .
 180. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 408 p.

181. _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. Hucitec: São Paulo, 2008, 407 p.
182. MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v, 19, n.3, p.507-519, 2016.
183. MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA JR., A.L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 329-345, dez. 2009
184. MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.
185. MORELEND, J.; RICHARSON, J.; CHAN, D.H.; O'NEIL, J.; BELISSINO, A.; GRUM, R.M.; SHANKS, L. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. **Gerontology**, v. 49, p.93-116, 2003.
186. MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.363-372, 2007.
187. MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. . Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** , v. 27, n. 4, p. 779-786, Abr 2011.
188. MUIR, S.W.; BERG.K.; CHESWORTH, B.; KLAR, N.; SPEECHLEY, M. Application of a Fall Screening Algorithm Stratified Fall Risk But Missed Preventive Opportunities in Community-Dwelling Older Adults: A Prospective Study. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v.33, issue 4, p 165–172: out/Dez 2010.
189. MUNIZ; T.S.; BARROS, A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.1 , p. 103-116, maio 2014.
190. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Falls in older people: assessing risk and prevention.** London, UK: NICE Clinical Guideline 161, 2013. Disponível em:< <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG161>>.
191. NANDY, S.; PARSONS, S.; CRYER, C.; UNDERWOOD, M.; RASHBROOK, E.; CARTER, Y.; ELDRIDGE, S.; CLOSE, J.; SKELTON, D.; TAYLOR, S.; FEDER, G. Falls Prevention Pilot Steering Group. Development and preliminary examination of the predictive validity of the Falls Risk Assessment Tool (FRAT) for use in primary care. **J Public Health (Oxf)** . , v.26, n.2, p. 138-43, 2004.
192. NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**: São Paulo, v. 6, Supl 1, p. S4-S6, 2008.
193. NASCIMENTO, B.N.; DUARTE, B.V.; ANTONINI, D.G.; BORGES, S.M. Risco para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. **Rev Bras Clin Med**, v, 7, p.95-99, 2009.
194. NASCIMENTO, L. M. B. **Análise documental e análise diplomática: perspectivas de interlocução de procedimentos.** 18 de junho de 2009. 199 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Pós-Graduação em Ciência da Informação, da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Marília, 2009.
195. NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n.2, 2016.

196. OLIVEIRA, A.L.; SILVA, J.T.; LIMA, M.P. Envelhecimento e saúde: Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n.40, p. 1-9, 2016.
197. OLIVEIRA, A.S.; TREVIZAN, P.F.; BESTETTI, M.L.T.; MELO, R.C. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 637-45, 2014.
198. OLIVEIRA, C.J.S.; JOSE, H.; CALDAS, A.C. Interventions to Improve Medication Adherence in Aged People with Chronic Disease – Systematic Review. **Universal Journal of Public Health**, v.5, n.1, p. 25-31, 2017. DOI: 10.13189/ujph.2017.050104.
199. OLIVEIRA, G.P.M.; WITTER, C.; LIMONGELLI, A.M.A. Definições de envelhecimento saudável, bem-sucedido ou ativo. **Integração**, ano XIX, n. 65, p. 61-65, 2013.
200. OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C.. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. SPE, p. 158-164, 2013.
201. OLIVEIRA, P.P.; OLIVEIRA, A.C.; DIAS, A.R.; ROCHA, F.C.V. Conhecimento do cuidador sobre prevenção de quedas em idosos. **Rev. enferm. UFPE on line**, v, 10, n.2, p.585-592, fev. 2016.
202. OLIVEIRA, P.A.G. **Fatores predictores de adesão ao regime medicamentoso: a pessoa com necessidade de tratamento anticoagulante oral**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2008. <http://hdl.handle.net/10216/19376>.
203. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatística Mundiais 2015a**. Luxemburgo, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>.
204. _____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo**. Genebra: WHO, 2015b. Disponível em: < <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>.
205. OTTONI, M.A.M. **A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil** [Dissertação]. 2012 - Universidade Estadual de Montes Claros -UNIMONTES. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social . Montes Claros – MG: Maio de 2012.
206. PAEK, H-J; HOVE, T. Risk Perceptions and Risk Characteristics. **Oxford Research Encyclopedia of Communication**, 29 mar 2017.
207. PALVANEN, M. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. **Injury**, v. 45, n.1, p. 265–71, 2014.
208. PAPARELLI, R.B. **Aspectos psicossociais da adesão às terapias antirretrovirais: investigação qualitativa em três momentos do tratamento**. 2013. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.
209. PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 568 p.
210. PATROCINIO, W.P.; PEREIRA; B.P.C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 375-394, Aug. 2013 .
211. PAULA, L. G. P.; REZENDE, T. P. M.; MELO, N. P. Análise do suporte familiar oferecido ao idoso em tratamento de diálise peritoneal no Centro de Tratamento de Doenças Renais de Juiz de Fora/MG. In: **I Encontro Mineiro sobre Envelhecimento e**

- Risco Social**, 2016, Viçosa. Anais do I Encontro Mineiro sobre Envelhecimento e Risco Social, 2016.
212. PEEL, N.P.; BARTLETT, H.P.; MCCLURE, R.J. Healthy aging as an intervention to minimize injury from falls among older people. **Ann N. Y. Acad Sci.**, v. 1114, p. 162-169, 2007.
 213. PEETERS, G.M.; PLUIJM, S.M.; VAN SCHOOR, N.M.; ELDERS, P.J.; BOUTER, L.M.; LIPS, P. Validation of the LASA fall risk profile for recurrent falling in older recent fallers. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 11, p. 1242-1248, abr 2010.
 214. PEREIRA, G.N. Et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, Dec. 2013.
 215. PEREIRA, M.C.A.; SANTOS, L.F.S.; MOURA, T.N.B.; PEREIRA, L.C.A.; LANDIM, M.B.P. Contribuições Da Socialização E Das Políticas Públicas Para A Promoção Do Envelhecimento Saudável: Uma Revisão De Literatura. **Rev Bras Promoç Saúde** Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 124-131, jan/mar 2016a.
 216. PEREIRA, R.P.A. et al. A Avaliação Global da Pessoa Idosa como Instrumento de Educação Médica: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 314-20, 2016b.
 217. PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, dez. 2002.
 218. PERRACINI, M.R. ; RAMOS, L.R.; TONIOLO NETO, J. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: **Geriatria e Gerontologia**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Manole, 2005
 219. PERRACINI, M. **Estratégias para prevenção de quedas em pessoas idosas**. In: Vigilância e prevenção de quedas em idosos . Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa - São Paulo: SES/SP, 2010.
 220. PERREL, K.L.; NELSON, A.; GOLDMAN, R.L.; LUTHER, S.L.; PRIETO-LEWIS, N.; RUBENSTEIN, L.Z. Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 56, Issue 12, p. m761-766, 1 December 2001.
 221. PETRESCU-PAHOVA, M.; BELZA, B.; KOHN, M.; MIYAWAKI, C. Implementation and Maintenance of a Community-Based Older Adult Physical Activity Program. **The Gerontologist**, v.56, Issue 4, p.677–686, ago 2016
 222. PHELAN, E.A.; AERTS, S.; DOWLER, D.; ECKSTROM, E.; CASEY, C.M. Adoption of Evidence-Based Fall Prevention Practices in Primary Care for Older Adults with a History of Falls. **Front. Public Health**, v. 4, p. 190, 2016.
 223. PHELAN, E.A.; MAHONEY, J.E.; VOIT, J.C.; STEVENS, J.A. Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. **The Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 2, p. 281–293. 2015.
 224. PIGHILLS, A.C.; TORGESON, D.J.; SHELDON, T.A.; DRUMMOND, A.E.; BLAND, J.M. Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 1, p. 26–33, 2011.
 225. PINHEIRO, M.M. et al. Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 89-96, Jan. 2010.
 226. PINHO, T.A.M.; SILVA, A.O.; TURA, L.F.R; MOREIRA, M.A.S.P; GURGEL, S.N.; SMITH, A.A.F Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-327, Apr. 2012.
 227. POHL, P., SANDLUND, M.; AHLGREN, C.; BERGVALL-KARENBORN, B.; LUNDIN-OLSSON, L.; WIKMAN, A.M. Fall Risk Awareness and Safety Precautions

- Taken by Older Community-Dwelling Women and Men—A Qualitative Study Using Focus Group Discussions. **PLoS One.**, v.10,n.3, p. e0119630, mar 2015.
228. POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem.** Denise Regina Sales (trad.) .7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 670 p.
 229. POLTRONIERI, C.F.; COSTA, J.S.; SOARES, N. Envelhecimento Ativo: uma breve discussão sobre participação. In: I Congresso Internacional de Envelhecimento Ativo. SOARES, N.; MASSO, M.C.D; OLIVEIRA, J.J.A. (Org.), 8, 2015. **Anais**, Franca: UNESP-FCHS, 2016, 348 p.
 230. PORTER, E.J.; MATSUDA, S.; LINDBLOOM, E.J. Intentions of older homebound women to reduce the risk of falling again. **J Nurs Scholarsh**, v. 42, p. 101–10, 2010.
 231. PRATA, H.G. et al . Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 437-443, Sept. 2011.
 232. PRETESCU-PRAHOVA, M.G.; EAGEN, T.J.; FISHLEDER, S.L.; BELZA, B. Enhance®Fitness Dissemination and Implementation: 2010–2015: A Scoping Review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, Issue 3, Supplement 3, p.S295-S299, March 2017.
 233. PROCHET, T.C.; SILVA, M.J.P. Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 488-494, June 2012.
 234. PUCCI, N.; PEREIRA, M.R.; VINHOLES, D.B.; PUCCI, P.; CAMPOS, N.D. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol.**, v. 25, n. 4, p. 322-329, jul/ago 2012.
 235. QUIGLEY, P.A. Evidence Levels: Applied to Select Fall and Fall Injury Prevention Practices. **Rehabil Nurs.**, v, 41, n. 1, p. 5-15. 2016 Jan-Fev.
 236. RANAWEERA, A.D.; FONSEKA, P.; PATTIYAARACHCHI, A.; SIRIBADDANA, S.H. Incidence and risk factors of falls among the elderly in the District of Colombo. **Ceylon Med J**, v. 58, n. 3, p. 100-6, Set 2013.
 237. RECKZIEGEL, J.C.L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres.** 200 f. 2014. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
 238. REIS, P.G., ET AL. As Grandes Transições (Transformações e/ou mudanças) e seus impactos. In: **Saúde do Idoso: Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processos do Envelhecimento.** TINÔCO, A.L.A.; ROSA, C.O.B. (Org.). 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. 528 p. ISBN 8564956489, 9788564956483
 239. RENFRO, M.O.; FEHRER, S.; Multifactorial Screening for Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults in the Primary Care Office: Development of the Fall Risk Assessment & Screening Tool. **Journal of Geriatric Physical Therapy.** v. 34, issue, 4, p 174–183, out/dez 2011.
 240. REZENDE, C.P.; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO, E.C.O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, dec. 2012.
 241. RIBEIRO, J.L.D.; NEWMANN, C.R. Estudos qualitativos com o apoio de Grupos Focados. In: XIII SEPROSUL. SEMANA DE LA INGENIERIA DE PRODUCCION SUDAMERICANA, Junho 2012, Gramado: UFRGS.
 242. RIBEIRO, J.A.B et al . Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre , v. 34, n. 4, p. 969-984, Dec. 2012 .

243. RIMLAND, J.M. et al. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. **PLoS ONE**, v. 11, n.8, p. e0161579, 2016.
244. ROBINSON, L.; NEWTON, J.L.; JONES, D.; DAWSON, P. Promoting self-management and adherence with strength and balance training for older people with long-term conditions: a mixed-methods study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, p. 318-326, 2014.
245. RODRIGUES, I.G.; FRAGA, G.P.; BARROS, M.B.A. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 705-718, Sept. 2014.
246. ROSA, T.C.P. **Grupo de Promoção de Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Escola da Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
247. ROSA, T.E.C.; BARROSO, A.E.S.; LOUVIZON, M.C.P. Introdução. In: _____ (Org.). **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo**. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2013. p. 13-26. (Temas em Saúde Coletiva)
248. ROSENTHAL, T.C.; WILLIAMS, M.E.; NAUGHTON, B.J. Evaluation and Treatment in depression. In: **Office Care Geriatrics**. Lippincot Williams & Wilkins: Philadelphia, PA. 2006. 604 p.
249. RUSSEL, M; HILL, K.; BLACKBERRY, I.; DAY, L.; DHARMAGE S. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment tool. **Age and Ageing**, v. 37, n. 6, p. 634-9, 2008.
250. RUSSEL, M; HILL, K.; BLACKBERRY, I.; GURRI, L.C.; DHARMAGE S. Development of the Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) screening tool. **Age Ageing**, v. 38, pp. 40-46, 2009.
251. RYAN, R.M.; DECI, E.L. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. **Contemporary Educational Psychology**, v. 25, p. 54-67, 2000.
252. SALMINEN, M.J.; VAHLBERG, T.J.; SALONOJA, M.T.; AARNIO, P.T.T.; KIVELA, S.L. Effect of a risk-based multifactorial fall prevention program on the incidence of falls. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 4, p. 612-9, 2009.
253. SANTA HELENA, E.T. **Adesão ao tratamento farmacológico de usuários com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. 113 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
254. SANTOS, F.P.V.; BORGES, L.L.; MENEZES, R.L. Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 4, p. 883-894, Dec. 2013.
255. SANTOS, M.A. **Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com aids à terapia antirretroviral**. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
256. SANTOS, S.S.C.; et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 129-136, jan/mar 2010.
257. SCHMITT JUNIOR, A.A.; LINDNER, S.; HELENA, E.T.S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 614-621, Dez 2013.

258. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Dados gerais da UBS Prof. Dra. Ma. Herbênia Duarte** – CSE Vila Tibério. 2016a. Disponível em: < <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/central/i16csevtiberio.php> >
259. _____. **Relação das Unidades de Saúde**. Disponível em: < <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16ubs.php> >. Acessado em 10 de outubro de 2016b.
260. SHERRINGTON, C.; MICHALEFF, Z.A.; FAIRHALL, N.; PAUL, S.S.; TIEDEMANN, A.; WHITNEY, J.C.; CUMMING, R.G.; HERBERT, R.D.; CLOSE, J.C.T.; LORD, S.R. Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine** [online]. Out 04, 2016.
261. SHUMWAY-COOK, A.; CIOL, M.; HOFFMAN, J.; DUDGEON, B.J.; YORKSTON, K.; CHAN, L. Falls in the Medicare population: incidence, associated factors, and impact on health care. **Phys. Ther.**, v. 89, n. 4, p. 324-32. Abr 2009.
262. SILVA, A.H.N. et al. Prevenção de quedas - capacitação de profissionais de saúde para a semana mundial de 2011. In: INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. São Paulo: **Revista do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia**, v. 1, n. 1, 2012. p. 37-41.
263. SILVA, C.D.A.; CARVALHO, S.T.R.F.; GONÇALVES, M.C.; ALVES, C.H.; SOARES, K.V.B.C. Avaliação do risco de queda e da demanda atencional em idosos submetidos a um protocolo cinesioterapêutico de dupla tarefa. **Rev. Invest. Bioméd.**, São Luiz, v. 8, p. 17-25, 2016.
264. SILVA, F.A.; MATOS, M.I.B.; ESTEVES, L.S.F. Avaliação do risco de queda em idosos independentes. **Colloq Vitae**, v. 9, n. 1, p. 18-22, jan-abr 2017.
265. SILVA, F.R.; CANÇADO, A.C.; SANTOS, J.C. Compreensões Acerca do Conceito de Controle Social. **Desenvolvimento em questão**. Editora Unijuí, ano 15, n. 41, out/dez 2017.
266. SILVA, L.R.C.; DAMACENO, A.D.; MARTINS, M.C.R.; SOBRAL, K.M.; FARIAS, I.M.S. **Pesquisa Documental : alternativa investigativa na formação docente**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 9, 2009, Curitiba-PR. Anais: p. 4554-44566.
267. 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). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 141-151, Jun 2014.
268. SIMEK, E.M.; MCPHATE, L.; HAINES, T.P. Adherence to and efficacy of home exercise programs to prevent falls: a systematic review and meta-analysis of the impact of exercise program characteristics. **Prev Med.**, v. 55, n. 4, p. 262-75, out 2012.
269. SIQUEIRA, F.V.; FACHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.9, p. 1819-1826, 2011.
270. SMITH, A.Z.; SILVA, A.O.; RODRIGUES, R.A.P.; MOREIRA, M.A.S.P.; NOGUEIRA, J.A.; TURA, L.F.R. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2754, 2017.
271. SOARES, S.M.; FERNANDES, M.T.O. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc Enferm. USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.
272. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. PEREIRA, S.R.M.; BUKSMAN S., PERRACINI M., PY L., BARRETO K.M.L., LEITE V.M.M. (Autores). **Quedas em Idosos**. Projeto Diretrizes, 2001. Disponível em:< sbogg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf >.
273. _____. BUKSMAN, S.; VILELA, A.L.S.; LINO, V.S.; SANTOS, V.H. (Participantes). **Quedas em Idosos**:

- Prevenção. Projeto Diretrizes, 2008. Disponível em:<
https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/quedas-em-idosos-prevencao.pdf>
274. SORIANO, T.A.; DECHERRIE, L.V.; THOMAS, D.C. Falls in the community-dwelling older adult: A review for primary-care providers. **Clinical Interventions in Aging**, v. 2, n. 4, p. 545-553, 2007.
 275. SOUZA, L.M.; WEGNER, W.; GORINI, M.I.P.C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar-abr 2007.
 276. SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V. Análise Documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 221-228, mai/ago 2011.
 277. SOUZA, W.A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo: 2008.
 278. SPICE, C.L.; MOROTTI, W.; GEORGE, S.; DENT, T.H.S.; ROSE, J.; HARRIS, S.; GORDON, C.J. The Winchester falls project: A randomised controlled trial of secondary prevention of falls in older people. **Age and Aging**, v. 38, n. 1, p. 33–40, Jan 2009.
 279. STAUDT, D.T. A interdisciplinaridade em Atenção Básica à Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-84, Jan/Jun 2008.
 280. STEVENS, J.A. **CDC compendium of effective fall interventions: What works for community-dwelling older adults**. 2 ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2010.
 281. STEVENS, J.A.; PHELAN, J. Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers. **Health Promot Pract.**, v. 14, p. 706–714, 2013.
 282. STEVENS, J.A.; NOONAN, R.K.; RUBENSTEIN, L.Z. Older Adult Fall Prevention: Perceptions, Beliefs, and Behaviors. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 4, n. 1, p. 16-20, Jan./Fev. 2010.
 283. TAMIOZZO, A.G.; HENKEL, C.; BERLEZI, E.M.; BANDEIRA, V.A.C.; LAMBERTI, D.B. Análise do risco de quedas em idosos na comunidade. In: **XXV Seminário de Iniciação Científica**. Ijuí, 2017.
 284. TAYLOR, S.F.; COOGLE, C.L.; COTTER, J.J.; WELLEFORD, E.A.; COPOLILLO, A. Community-Dwelling Older Adults' Adherence to Environmental Fall Prevention Recommendations. **Journal of Applied Gerontology**, 11 ago 2017.
 285. TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP [on line]**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008. Disponível em: <
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305123726010>>.
 286. TIEDEMANN, A. **The development of a validated falls risk assessment for use in clinical practice** [thesis]. Sydney: University of New South Wales; 2006.
 287. TIEDEMANN, S.; LORD, S.R.; SHERRINGTON, C. The development and validation of a brief performance-based fall risk assessment tool for use in primary care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 65,p. 896-903, 2010.
 288. TINETTI, M.E.; BAKER, D.I.; MCAVAY, G.; CLAUS, E.B.; GARRET, P.; GOTTSCHALK, M.; KOCH, M.L.; TRAINOR, M.L.; HORWITZ, R.I. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. **New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 13, p. 821–7, 1994.
 289. TOLEDO, A.A.S.F; NITRINI, R.; BOTTINO, C.M.C; CARAMELLI, P. Brazilian research on cognitive impairment and dementia from 199 to 2013. **Dement. Neuropsychol**, v. 8, n. 4, p. 394-398, 2014.

290. TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.777-796, 2009.
291. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2015**. Geneva, 2015. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf>
292. VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B.; VINHATI, D.S. Entre a gestão e o cuidado da saúde do idoso: enfoque no evento quedas. **Medicina (Ribeirão Preto) Online**, v. 49, n. 5, p. 411-420, 2016.
293. VIEIRA, E.R.; PALMER, R.C.; CHAVES, P.H.M. Prevention of falls in older people living in the community. **British Medical Journal**, v. 153, n. 1419, Abr 2016.
294. VILELA, A.B.A.; CARVALHO, P.A.L.; ARAUJO, R.T. Envelhecimento Bem-Sucedido: Representação De Idosos. **Rev Saúde Com**, v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006.
295. VISSER, M.; BRYCHTA, R.J.; CHEN, K.Y.; KOSTER, A. Self-reported adherence to the physical activity recommendation and determinants of misperception in older adults. **J Aging Phys Act.**, v. 22, n. 2, p. 226-234, abr 2014.
296. VIVRETTE, R.L.; RUBENSTEIN, L.Z.; MARTIN, J.L.; JOSEPHSON, K.R.; KRAMER, B.J. Development of a fall-risk self-assessment for community-dwelling seniors. **J Aging Phys Act.**, v. 19, n.1, p.16-29, jan 2011
297. WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. (Ed.). **Measurement in nursing and health research**. 4nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2010. 504 p. SBN 10: 0826105076
298. WASHINGTON STATE INJURY PREVENTION PROGRAM. **Falls among older adults: strategies for prevention**. Olympia: WA, USA. Setembro, 2002. Disponível em:< <https://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/2900/FallsAmongOlderAdults.pdf>>.
299. WICHMANN, F.M.A.; COUTO, A.N.; AREOSA, S.V.C.; MONTAÑÉS, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatria e Geront.**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4,p. 821-832, 2013.
300. WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; MEIER, M.J. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 574-7, Jul/Set. 2012.
301. WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.
302. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, Suíça: WHO Centre for Health Development, 2003. 210 p. Disponível em:< http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. ISBN 9241545992
303. _____. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Geneva, Suíça: WHO Centre for Health Development, 2004. Disponível em:< www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf>.
304. _____. **WHO global report on falls prevention in older age**. Geneva, Suíça: WHO Centre for Health Development, 2007, 52 p. Disponível em: < www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf >. ISBN 978 92 4 156353 6
305. WRISLEY, D.; KUMAR, N.A. Functional Gait Assessment: Concurrent, Discriminative, and Predictive Validity in Community-Dwelling Older Adults. **Physical Therapy**, v. 90, issue 5, p.761-773, mai 2010 .

306. YAMAZAKI, A.L.S.; FERREIRA, E.G. Identificação dos fatores de risco relacionados a quedas em idosos inseridos na estratégia saúde da família. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 93-98, jan./abr. 2013.
307. YARDLEY, L.; DONOVAN-HALL, M.; FRANCIS, K.; TODD, C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. **Health Educ Res.**, v.21, n.4, p. 508-17, Ago 2006.

9 APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A –
 PROTOCOLO PARA FICHAMENTO DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA
 REVISÃO

TÍTULO		
TIPO DE ESTUDO	_____ <i>Quantitativo</i>	_____ <i>Qualitativo</i>
Autores	_____ outros	
Revista	_____	Ano _____
Local de estudo	_____	
Teoria/Modelo conceitual	_____	
Intervenção realizada	_____	
Delineamento de pesquisa	_____	
Amostra	_____	Características da amostra _____
Resultados	_____	
Observações	_____	
Limitações	_____	
Citação		
ABNT:		

APÊNDICE B –

Roteiro para discussão do Grupo Focal

- Há muitos idosos que apresentam quedas na sua região?
- Descreva como vocês tem trabalhado com idosos para prevenção de quedas?
- Falem sobre como vocês identificam os riscos para queda
- Relate alguma experiência em que percebeu risco de queda em idoso e qual foi sua conduta diante da situação.
- Fale sobre as facilidades e dificuldades para trabalhar com idosos visando a prevenção de quedas.
- Falem sobre as recomendações e orientações que vocês dão aos idosos visando a não ocorrência de quedas
- Falem sobre como percebem a adesão dos idosos às orientações dadas por vocês sobre cuidados para evitar quedas
- Falem sobre o que vocês fazem para que os idosos incorporem atitudes protetoras

Instrumento de identificação dos participantes do grupo focal

Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação na unidade: _____

Tempo de trabalho neste cargo: _____

Escolaridade: _____

Teve alguma formação/capacitação/treinamento específico sobre idosos? _____

Se sim, qual? _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Adesão para prevenção de quedas nos idosos: proposta de intervenção para Atenção Primária”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

O estudo está sob a responsabilidade da aluna de pós-graduação Renata Francielle Melo dos Reis Fonseca sob orientação da Prof. Dra. Silvia Matumoto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A pesquisa tem por objetivo elaborar uma ferramenta para adesão de idosos às recomendações de prevenção de quedas. Justifica-se o estudo pela grande quantidade de mortes e problemas que a queda pode trazer aos idosos e o impacto que a promoção e prevenção podem trazer. Sua participação na pesquisa será por meio de Grupos Focais, que contará com a presença de outros agentes comunitários de saúde e trabalhadores da equipe de enfermagem da unidade em que você trabalha. Os grupos focais são entrevistas em pequenos grupos em que os participantes conversam sobre um assunto diante de alguns pontos colocados por um moderador que começará a discussão a partir de um roteiro previamente elaborado sobre o tema.

Dois encontros estão estimados a serem realizados, de aproximadamente 1 hora e meia, na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, em data e horário que serão pré-determinados pelo grupo que aceitar participar. No primeiro encontro você deverá relatar sobre sua experiência junto aos idosos, visando a prevenção de quedas. O segundo encontro será em um momento posterior para que você e os outros participantes realizem a análise de um instrumento construído a partir de resultados de outras pesquisas sobre o tema e das informações obtidas no primeiro encontro do grupo focal. Você poderá nesse momento sugerir alterações, apontar falhas e lacunas e manifestar sua opinião sobre como seria a utilização do instrumento em sua prática. Os encontros serão gravados em áudio, com gravador digital e com anotações por diário de campo pela pesquisadora.

Sua participação no estudo terá o benefício de você poder rever como tem realizado o trabalho com a população idosa sob sua responsabilidade e contribuirá com a produção de conhecimento sobre a Saúde do Idoso na Atenção Primária. Não estão previstos pagamentos e despesas para a participação na pesquisa.

Em sua participação existe o risco de desconforto emocional e/ou constrangimento que podem ocorrer durante os encontros do Grupo Focal, ao se lembrar de situações difíceis vividas em seu trabalho. Diante do risco apresentado, você terá a liberdade de manifestar o desconforto diretamente à pesquisadora, que em escuta qualificada sobre o ocorrido e o auxiliará na solução do problema que for melhor para você. Outra forma de você resolver o desconforto será não falar sobre o tema proposto, se isso lhe for mais confortável. Assim como será dada a liberdade de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa e a garantia do sigilo das informações ali prestadas e o anonimato total.

Se necessário, para outras providências, o participante poderá utilizar os telefones indicados abaixo. No caso de dano decorrente da participação na pesquisa, poderá haver indenizações conforme legislação específica vigente no país.

Os resultados da pesquisa trarão a construção de uma dissertação e poderá ser apresentado em congressos ou publicado em periódicos científicos.

Caso tenha outras dúvidas, a qualquer momento, o participante poderá ser esclarecido diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores deverão ser contactados pelos telefones (19) 996852849 - Renata Francielle Melo dos Reis, (16) 3315-3476 – EERP-USP Prof. Dra. Silvia Matumoto.

Caso concorde com a sua participação, assine ao final do documento, que está em duas vias assinadas: uma delas é sua, como participante e a outra das pesquisadoras.

Esclarecemos que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP- EERP), protocolo n _____, que tem por finalidade preservar eticamente aos participantes de pesquisas com seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). O telefone de contato do CEP-EERP é (16) 3315-9197, em dias úteis no horário comercial.

Agradecemos sua colaboração em construir conhecimento por meio do compartilhamento de suas experiências junto aos idosos.

Eu, _____, _____ (profissão), abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: “ Adesão para prevenção de quedas nos idosos: proposta de intervenção para Atenção Primária”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Ribeirão Preto, de de 2017

Assinatura do Participante: _____

Responsável pelo Projeto: _____

ANEXO I –

Autorização da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para realização da pesquisa

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF2174 /2017– CAPP

CV/2017

Ribeirão Preto, 30 de maio de 2017.

Prezado Senhora Orientadora

Informamos que a gerente do CSE Vila Tibério manifestou a concordância com a coleta de dados do projeto: "ADESÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NOS IDOSOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA" sob a orientação do Professora DRA. SILVIA MATUMOTO em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP

Ilustríssima Senhora

PROF^a. DR^a. SILVIA MATUMOTO

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

NESTA

ANEXO II –

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Adesão para prevenção de quedas nos idosos: proposta de intervenção para Atenção Primária</p> <p>Pesquisador: RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS FONSECA</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 3</p> <p>CAAE: 66815317.3.0000.5393</p> <p>Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 2.341.960</p> <p>Apresentação do Projeto: Trata-se de resposta às pendências.</p> <p>Objetivo da Pesquisa: Sem alterações.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios: Sem alterações.</p> <p>Consentimentos e Considerações sobre a Pesquisa: Apresentou autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (SMS-RP) para efetuar a coleta de dados.</p> <p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Apresentou os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informações básicas do projeto; - ofício de encaminhamento ao CEP; - autorização de coleta emitida pela SMS-RP; - projeto de pesquisa detalhado; - cronograma de atividades; - orçamento; 														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: BANDERANTES 3900</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA MONTE ALEGRE</td> <td>CEP: 14.040-800</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: RIBEIRÃO PRETO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (16) 3315-4147</td> <td>E-mail: cep@eeerp.usp.br</td> <td></td> </tr> </table>			Endereço: BANDERANTES 3900			Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-800		UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO		Telefone: (16) 3315-4147	E-mail: cep@eeerp.usp.br	
Endereço: BANDERANTES 3900														
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-800													
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO													
Telefone: (16) 3315-4147	E-mail: cep@eeerp.usp.br

Continuação do Parecer 2.261.060

- folha de rosto;
- TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PII_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_603676.pdf	07/07/2017 12:57:04		Aceito
Outros	ofício_de_encaminhamento.pdf	07/07/2017 12:58:38	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
Outros	Autorizacao_SMSRP.pdf	07/07/2017 12:58:58	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/05/2017 13:02:50	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/05/2017 13:02:25	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	24/05/2017 20:43:31	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
Outros	Comprovante_da_Protocolo_SMSRP.pdf	22/05/2017 18:51:18	SILVIA MATUMOTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/05/2017 18:50:38	SILVIA MATUMOTO	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	22/05/2017 14:08:52	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/05/2017 08:10:34	RENATA FRANCIELLE MELO DOS REIS PERSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: RUA DERIVANTES 3200
Bairro: VILA MONTE ALORÉ CEP: 14.240-000
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3015.0107 E-mail: cep@cep.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Protocolo 2.261.060

Não

RIBEIRÃO PRETO, 28 de Agosto de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDERANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CNPJ: 14.540.882

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16) 3315-2127

E-mail: cep@enp.usp.br