



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADEMICO EM ENFERMAGEM

ANA RAFAELA SOUZA RODRIGUES

**O PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO DE QUEDAS POR IDOSOS NA  
PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER**

**BELÉM  
2019**

ANA RAFAELA SOUZA RODRIGUES

**O PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO DE QUEDAS POR IDOSOS NA  
PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – PPGENF/ICS/UFPa, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem no Contexto Amazônico.

**Linha de pesquisa:** Educação, Formação e Gestão para a Práxis do cuidado em Saúde e Enfermagem no contexto Amazônico.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Helena Isse Polaro

**BELÉM  
2019**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

R696p Rodrigues, Ana Rafaela Souza  
O protagonismo da prevenção de quedas por idosos na  
perspectiva de Promoção da Saúde de Nola Pender / Ana Rafaela  
Souza Rodrigues. — 2019.  
126 f. : il. color.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves  
Coorientação: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sandra Helena Isse Polaro  
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal  
do Pará, Belém, 2019.

1. Quedas. 2. Idoso. 3. Promoção da Saúde. 4.  
Comportamento. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 618.970231

---

ANA RAFAELA SOUZA RODRIGUES

**O PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO DE QUEDAS POR IDOSOS NA  
PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – PPGENF/ICS/UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Enfermagem no Contexto Amazônico.

Data da Avaliação: / / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Lucia H. Takase Gonçalves  
(Orientadora: PPGENG/ICS/UFPA)

---

Profa. Dra. Ângela Maria Alvarez  
UFSC/PEN

---

Profa. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira  
PPGENG/ICS/UFPA

---

Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho  
PPGENG/ICS/UFPA

**BELÉM  
2019**

A Deus, minha família e amigos pelo apoio,  
incentivo e carinho que recebi durante essa  
ádua caminhada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre comigo e ter permitido a realização desse grande sonho.

E para concretização deste sonho houve a colaboração de várias pessoas e gostaria de destacar e dizer o quanto sou grata pela vida de cada um e o quão são importantes:

- ✓ A minha **família** por todo apoio, carinho, cuidado e compreensão. Amo vocês incondicionalmente e essa vitória também é de vocês.
- ✓ Minha **orientadora** Professora Dra. Lucia Hisako Takase e a minha **co-orientadora** Professora Dra. Sandra Helena Isse Polaro, por todos os ensinamentos, contribuições, ajuda e apoio.
- ✓ **Aos amigos do mestrado**: Thais Flexa, Dilton Farias, Antônio Correa, Yasmin Sousa, Gesiany Miranda, Thayse Moraes, Amanda Cantanhede. Grata pelos momentos de alegria, de conselhos, ajuda, apoio, carinho, união e produção científica. Vocês possibilitaram que essa caminhada fosse mais suave e alegre.
- ✓ Aos **amigos e familiares** que sempre me apoiaram nessa jornada, oferecendo palavras de incentivo.
- ✓ Ao **CRAS - Guamá** e a **UMS do Guamá** pela receptividade e oportunidade de desenvolver o estudo.
- ✓ Aos protagonistas desta pesquisa, **os idosos**, que foram: atenciosos, receptivos participativos e pontuais.
- ✓ Aos **acadêmicos de Enfermagem** da Universidade Federal do Pará que fizeram parte da equipe de pesquisa: Wanne Letícia, Carolina Palma e Antônio.

A todos que obtive apoio direto ou indireto para a conclusão do Mestrado, o meu muito obrigada!!!

### **AGRADECIMENTOS (cont.)**

Ao apoio do Programa Nacional de Coordenação de Aperfeiçoamento Acadêmica - **PROCAD**, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – **CAPES**, como parte do estudo multicêntrico intitulado: Envelhecimento ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas, Edital CAPES n.071/2013, PROCAD: UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina x UFPA – Universidade Federal do Pará x UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A queda em idosos representa um problema de saúde pública, visto que se manifesta em alta prevalência e apresenta multicausalidade além disso, é uma das síndromes geriátricas. Ressalta-se a importância da enfermagem em elaborar práticas seguras direcionadas aos fatores que influenciam comportamentos de saúde dos idosos. **OBJETIVOS:** Aplicar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender no processo de Enfermagem junto a idosos com fatores de risco para quedas; avaliar o comportamento de saúde promotores de segurança contra quedas; explorar práticas autoeficazes de comportamentos seguros face ao evento quedas. **METODOLOGIA:** O estudo caracterizou-se por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial, realizou-se com 7 idosos moradores do bairro do Guamá - Belém/PA que são usuários dos serviços públicos. A obtenção dos dados deu-se pela aplicação do processo de enfermagem, tendo para análise, as fontes: (a) Histórico de Enfermagem; (b) A aplicação da técnica do *Photovoice*; (c) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE; d) Planejamento, debates e síntese de cada um dos quatro encontros de grupo focal. **RESULTADO:** Os comportamentos de saúde segundo MPS sintetizam-se em três categorias e respectivas subcategorias: **Características, Experiência Individual:** Comportamento de risco para quedas; Conseqüência de quedas e Aprendendo com as quedas; **Comportamento Específico:** Autopercepção influenciadora para quedas; Influências interpessoais que repercutem comportamento de outrem; Anseios de mudanças que contribuirão para a prevenção de quedas; **Resultado do Comportamento:** Comportamentos Autoeficazes de prevenção a quedas; e Avaliação positiva da ação/sugestão. As práticas autoeficazes exercitadas durante a aplicação do processo de enfermagem resultaram mudanças iniciais de comportamento quanto a hábitos de vida como: prestar mais atenção onde andar, deambular devagar e olhando para o chão, não se envergonhar em pedir ajuda. **CONCLUSÃO:** A demonstração do comportamento de saúde dos idosos teve influência oriunda das próprias experiências de queda. Embora sendo usuários dos serviços públicos, não se percebeu influências provenientes de programas educacionais. Quanto às mudanças comportamentais observadas de práticas autoeficazes observaram-se alguns hábitos positivos de vida, contudo, as barreiras socioeconômicas e familiares dificultaram a prevenção de quedas em idosos, principalmente no contexto estudado.

**Descritores:** Quedas. Idoso. Promoção da Saúde. Comportamento. Prevenção. Enfermagem.

## ABSTRACT

### THE PROTAGONISM OF FALLS PREVENTION BY ELDERLY IN THE PERSPECTIVE OF NOLA PENDER HEALTH PROMOTION MODEL

**INTRODUCTION:** Falling in the elderly represents a public health problem, since it manifests itself in high prevalence, presents multi-causality and is one of the geriatric syndromes. It is important to emphasize the importance of nursing to develop safe practices directed to the factors that influence the health behaviors of the elderly. **OBJECTIVES:** To apply the Pender Health Promotion Model in the Nursing process to the elderly with risk factors for falls; Evaluate health behavior safety promoters against falls; Explore self-efficacious practices of safe behaviors in the face of the event falls. **METHODOLOGY:** The study was characterized by a descriptive research with a qualitative approach, such as Research Convergent Care. This study was carried out with 7 elderly residents of the Guamá - Belém / PA district who are users of public services. The data were obtained through the application of the nursing process, having for analysis, the sources: (a) Nursing History; (b) The application of the Photovoice technique; (c) International Classification for Nursing Practice - CIPE; d) Planning, debates and synthesis of each of the four focal group meetings. **RESULTS:** Health behaviors according to MPS are summarized in three categories and their subcategories: 1 Characteristics, Individual experience: Risk behavior for falls, Consequence of falls and Learning with falls; 2 Specific Behavior: Influential self-perception for falls, Interpersonal influences that affect the behavior of others, Wishes for changes that will contribute to the prevention of falls; 3 Behavioral Result: Self-efficacious fall prevention and positive action / suggestion assessment. The self-efficacious practices exercised during the application of the nursing process resulted in initial changes in behavior regarding life habits such as: paying more attention to where to walk, wandering slowly and looking at the floor, do not be ashamed to ask for help. **CONCLUSION:** The demonstration of the health behavior of the elderly has influence coming from the experiences of fall. Although being users of public services, no influences from educational programs were perceived. Regarding the observed behavioral changes of self-efficacious practices, some positive life habits were observed, however, socioeconomic and family barriers make it difficult to prevent falls in the elderly, especially in the context studied.

**Descriptors:** Falls. Aged. Health Promotion. Behavior. Prevention. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.....	19
Quadro 1- Fases do processo metodológico de instrumentação do estudo. Belém/PA, 2019 .....	50
Figura 2 - Resultados obtidos a partir das 3 grandes categorias do MPS e subcategorias a partir da Análise de Bardin .....	69

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
MPS – Modelo de Promoção da Saúde de Pender  
Manual de MPS – Health Promotion Model Manual  
USF – Unidades de Saúde da Família  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
AVD – Atividades da Vida Diária  
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
DFRI – Índice de Risco de Queda de Downton  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UMS – Unidade Municipal de Saúde  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial  
SUAS – Serviços Socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social  
PAIF – Proteção e Atendimento Integral à Família  
GF– Grupo Focal  
DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá  
MEM – Mini-Exame do Estado Mental  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
UFPA – Universidade Federal do Pará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	16
1.2 OBJETIVO .....	17
1.2.1 Geral.....	17
1.2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>2 MARCO DE REFERÊNCIA TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER	18
<b>3 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA: EVENTO QUEDAS EM IDOSOS.....</b>	<b>23</b>
3.1. FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS .....	24
3.2 CONSEQUÊNCIAS DA QUEDA EM IDOSOS .....	30
3.3 PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS.....	33
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
4.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	37
4.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DO ESTUDO .....	39
4.2.1 Contexto do Estudo .....	39
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	40
4.3.1 Amostra de idosos .....	40
4.3.2 Seleção da amostra.....	41
4.3.3 Critério de inclusão e exclusão.....	41
4.3.4 Método e Técnica para obtenção de informações dos participantes .....	41
4.4 PROCESSO METODOLÓGICO DE INSTRUMENTAÇÃO DO ESTUDO .....	42
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	47
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
5.1 DADOS E INFORMAÇÕES: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DE PCA .....	47
5.2 APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E PERSCRUSTAÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	48
5.2.1. Histórico de Enfermagem – seus dados .....	48
5.2.2 Aplicação do Processo de Enfermagem em Contexto Grupal.....	50
5.2.3 Diagnósticos de enfermagem selecionados e Ações de Enfermagem.....	51
5.2.4 Fixação de conhecimentos técnicos acerca de quedas .....	57
5.2.5 Revisão e avaliação de estratégias educacionais de prevenção de quedas em idosos .....	58

5.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES ACERCA DE EXPERIÊNCIAS, CONHECIMENTO E COMPORTAMENTOS FACE A QUEDA NA VIDA DOS IDOSOS .....	63
5.3.1 Categoria 1 – Características e experiências individuais .....	64
5.3.1.1 Sub Categoria 1 - Comportamento de risco para queda.....	65
5.3.1.2 Sub Categoria 2 – Consequências das Quedas.....	68
5.3.1.3 Sub Categoria 3 - Aprendendo com as quedas.....	71
5.3.2 Categoria II: Comportamentos Específicos.....	73
5.3.2.1 Autopercepção Influenciadora para Quedas .....	73
5.3.2.1.1 Sub Categoria 1 - Benefícios na Prevenção de Quedas.....	73
5.3.2.1.2 Sub Categoria 2 - Empecilho diário e quão seguro estão para ultrapassá-los	75
5.3.2.1.3 Sub Categoria 3 - Preferindo alguns cuidados de prevenção.....	78
5.3.2.2 Influências Interpessoais que Repercutem no Comportamento de Outrem .....	81
5.3.2.2.1 Sub Categoria 1 - Rede de apoio familiar/amigos/social.....	81
5.3.2.2.2 Sub Categoria 2 - Modelo de cuidado (ausência/presença).....	83
5.3.2.3 Anseios de Mudanças que Contribuirão para a Prevenção de Quedas ....	84
5.3.3 Categoria III- Resultados do Comportamento.....	87
5.3.3.1 Resultado Comportamental das Intervenções segundo o MPS.....	87
5.3.3.1.1 Sub Categoria 1 - Cuidados de prevenção a quedas pós ação .....	87
5.3.3.1.2 Sub Categoria 2 - Avaliação positiva da ação/sugestão .....	90
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>116</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A evolução da composição populacional por grupos de idade apontou para a tendência de envelhecimento demográfico. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2017), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. No intervalo desses cinco anos os novos 4,8 milhões de idosos corresponderam ao aumento de 18% desse grupo etário, evidenciando um crescimento acentuado na representatividade de idosos no Brasil (IBGE, 2018).

De acordo com Brasil (2007) o processo de envelhecimento é natural, ocasionado pela diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que em condições habituais não costumam desencadear qualquer problema, porém com as inconstâncias ambientais e condições de sobrecarga podem acarretar em patologias que necessite de assistência. Nesse sentido, um dos eventos comumente avaliados nos idosos está relacionado a observação de parâmetros reduzidos de massa muscular e de densidade óssea que enfraquecem o componente muscular-esquelético que refletem: na postura, na maneira de andar e no equilíbrio do indivíduo facilitando a ocorrência de quedas (PAULA JÚNIOR; SANTO, 2015; OLIVEIRA; DELGADO; BRESCOVIA, 2014).

O processo de quedas é compreendido pelo Ministério da Saúde (2000) como total perda do equilíbrio postural, decorrentes de fatores próprios do indivíduo (aspectos do envelhecimento, associados ou não com patológicos) e/ ou de fatores da incapacidade de superar a instabilidade provocada por fatores ambientais. Tal evento é apontado como uma das principais síndromes geriátricas, pois manifesta-se em alta prevalência nos idosos, ocasionando alterações fisiofuncionais, sociais, psicológicas, podendo acarretar em altos índices de morbimortalidade e institucionalização (GASPAR et al. 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012) cerca de 28% a 35% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade sofrem algum episódio de queda por ano, e esta proporção se eleva para valores que oscilam de 32% a 42% para os idosos com mais de 70 anos. Há um aumento considerável na proporção de quedas em idosos que vivem em instituições de longa permanência, caracterizando a ocorrência em aproximadamente 30 a 50%, sendo que 40% deles experimentaram recorrência de cair.

No Estado do Pará, 4.597 pessoas no período de janeiro a outubro de 2016 foram internadas por quedas, destas 781 eram idosos. Neste mesmo período 71 pessoas foram a óbito

motivado por queda, sendo 41 óbitos, de indivíduos com 60 anos ou mais, representando uma taxa de 57,7% de óbitos por queda em idosos (BRASIL, 2016).

Face a epidemiologia da queda, este evento é considerado multifatorial e abrange condições que são classificados como intrínsecas e extrínsecas. No que compreende aos fatores intrínsecos estão relacionadas as alterações fisiológicas que são decorrentes das com avançar da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso, fraqueza muscular, histórico de quedas, déficit na marcha, déficit de equilíbrio, uso de dispositivo de apoio, déficit visual, artrite, redução das atividades básicas da vida diária, depressão, redução da cognição e idade acima de 80 anos, fatores hemodinâmicos (hipotensão, arritmia cardíaca), doenças neurológicas (lesões expansivas intracranianas, doença de Parkinson, estados depressivos), doenças neurosensoriais (alterações da visão, labirintopatias) e doenças osteomusculares (FREITAS; CÂNDIDO; FAGUNDES, 2014; OLIVEIRA; TREVIZAN; BESTETTI; MELO, 2014; ALVES et al. 2017; VIEIRA et al. 2018; ABREU et al. 2018).

E no que concerne aos fatores extrínsecos destacou-se o comportamento que a pessoa idosa apresentou e a sua relação com o meio ambiente, sendo esse fator considerado o principal para a ocorrência de quedas e representou em média um terço das causas relatadas. Alguns riscos a destacar são: ambientes inseguros, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas, presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados, por exemplo) no local de circulação. Mas vale destacar que outros fatores são considerados importantes para que ocorra a queda, a exemplo as condições socioeconômicas, de baixa renda, baixa escolaridade, habitação inadequada e apoio familiar inadequado (COSTA et al. 2013; FREITAS; CÂNDIDO; FAGUNDES, 2014; PAULA JÚNIOR; SANTO, 2015; RODRIGUES; BARBEITO; ALVES JUNIOR, 2016; ALVES et al. 2017; PORTELLA; LIMA, 2018).

O processo de quedas em idosos traz grandes consequências, sendo que as lesões traumáticas são as mais comuns, dentre essas evidenciam-se a fratura de fêmur, lesão que resulta em perda funcional e/ou mortalidade para o idoso. Comumente o tratamento para este tipo lesão é o cirúrgico, no qual se busca realizar fixação óssea. Por se tratar de um procedimento invasivo, a cirurgia pode desencadear complicações como: infecção de sítio cirúrgico, trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar, infecção urinária, pneumonia, delirium, úlcera de pressão, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, tromboembolismo, pico hipertensivo, arritmias cardíacas, pseudo-artroses, entre outras

(PAULA JUNIOR; SANTO, 2015; YAMAMOTO; PIROLO; COQUEIRO, 2015; FERRETTI; YAMAMOTO; PIROLO; COQUEIRO, 2015; EDELMUTH et al. 2018).

Além das complicações físicas vistas anteriormente, também destacam-se as psicológicas e sociais cujo processo de cair traz para o idoso, com das consequências tais como: sentimentos como medo de novas quedas, fragilidade e falta de confiança, limitações funcionais e emocionais que dificultam a realização de atividades diárias e da atividade física, abandono das atividades que até então tinha prazer em realizar; tristeza; mudança na vida/comportamentos; sentimento de impotência; declínio das atividades sociais; perda de autonomia e da independência; institucionalização, rearranjos familiares e morte (PAULA JUNIOR; SANTO, 2015; ALVES et al 2017; VIEIRA et al. 2018, PORTELLA; LIMA, 2018).

Face à relevância do processo de quedas aos idosos, salienta-se a importância da enfermagem na segurança do paciente, havendo a necessidade de identificar fatores de risco para quedas, assim como as características e limitações físicas e funcionais dos idosos, para que possa ser elaborado e implementado práticas seguras, uma vez que, o enfermeiro trabalha com ações preventivas que possibilitam tomadas de decisões que sejam adequadas e seguras ao idoso. Mas, para que todo o processo de cuidar tenha resultados significativos, o enfermeiro precisa compreender e conhecer os comportamentos de saúde dos idosos, que são influenciados por fatores sociais, econômicos, familiares, assim, conseguindo planejar ações que promovam comportamento autoeficazes (ALVES et al. 20017; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Nesse cenário, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender - MPS é um modelo de enfermagem, que pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Assim, destaca-se que esse estudo é o pioneiro em dissertação de mestrado da Universidade Federal do Pará em abordar o Modelo Promoção da Saúde de Nola Pender no que concerne aos comportamentos de saúde que envolvem o evento quedas em idosos. Com isso, objeto desta pesquisa, se abordará o protagonismo da prevenção de quedas por idosos na perspectiva da Promoção da Saúde de Nola Pender, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), junto a idosos residentes em áreas adscritas de unidades de atenção básica de saúde de um distrito de periferia empobrecida de Belém, PA.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Durante o percurso acadêmico obtive os primeiros contatos e experiências com a gerontologia quando me tornei bolsista de iniciação científica por dois anos, sendo que nesse período realizei pesquisa de campo em uma unidade básica de saúde para compreender o atendimento do enfermeiro ao usuário idoso no cotidiano do trabalho, e ao longo desse processo percebi que os fatores de risco, as consequências e a prevenção de quedas em idosos careciam de uma abordagem mais abrangente e pontual. Temática essa de extrema relevância para a gerontologia, por ser uma das síndromes geriátricas mais preocupantes e recorrentes no processo de envelhecimento, podendo gerar complicações ou óbito do idoso.

Entende-se que o papel do enfermeiro está relacionado a investigar, mapear e identificar os fatores e situações de risco que os idosos estão suscetíveis para a ocorrência do evento queda, sendo importante retratar a realidade social, econômica, familiar, ambiental e comportamental, bem como as necessidades e fragilidades, possibilitando assim, intervenções e ações de enfermagem pontuais que promovam a prevenção, recuperação e suporte aos idosos caídores. (PIMENTA et al., 2017; VIEIRA et al., 2017)

A ação do enfermeiro também deve estar pautada no diálogo constante, captando as experiências intersubjetivas que envolvam a relação do idoso, familiar, comunidade e profissional de enfermagem, com intuito desenvolver ações de enfermagem pautado nas peculiaridades que o idoso apresenta. Ressaltando assim, algumas ações que o enfermeiro assume são: a (re)organização da moradia propiciando o meio seguro ao idoso, orientar e estimular a reflexão dos idosos e seus familiares a respeito da importância do evento quedas, suas consequências e das medidas de prevenção, assumir estratégias que influenciem os idosos a mudarem para comportamentos seguros e a mantê-los, estimulando assim, o envelhecimento saudável. (ILHA et al., 2014; PIMENTA et al., 2017; LIMA; OMS, 2010; TOCANTINS, 2009)

Diante do explanado e como profissional de enfermagem, propus desenvolver uma pesquisa, utilizando o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, visando uma abordagem mais ampla da temática, cuja aplicabilidade é implementar e avaliar ações promotoras de saúde, direcionando para uma avaliação comportamental influenciadora na saúde do idoso. Porém observou-se carência nas produções científicas brasileiras quanto a aplicabilidade do referido Modelo na enfermagem, principalmente ao campo voltado a saúde da pessoa idosa. Sendo que utilização deste modelo está evidente em pesquisadores internacionais, entre eles os americanos, asiáticos e europeus, para estudar comportamentos que levam à promoção da

saúde” (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2002; VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005, p. 236).

Assim, definiram-se as seguintes questões de pesquisa: Como é o comportamento de saúde das pessoas idosas acerca de acidentes por queda e da necessidade de sua prevenção?

## 1.2 OBJETIVO

### 1.2.1 Geral

Aplicar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender no processo de Enfermagem junto a idosos com fatores de risco para quedas.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Avaliar o comportamento de saúde promotores de segurança contra quedas de idosos com fatores risco para as mesmas.

Explorar práticas autoeficazes de comportamentos seguros face ao evento de quedas por idosos conviventes em comunidade

## 2 MARCO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

### 2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

Consiste na compreensão do potencial humano para a mudança, tendo em consideração que os indivíduos apresentam potencial de mudança auto-dirigida devido à sua capacidade de autoconhecimento, auto-regulação, tomada de decisão e resolução de problemas, ou seja, o cliente detém o poder e a habilidade para mudar comportamentos de saúde ou modificar estilos de vida relacionados à saúde. Assim, acredita-se que a atribuição do enfermeiro está em: promover condições favoráveis para a mudança, incentivar e auxiliar nas várias etapas do processo de mudança e aumentar a capacidade do indivíduo de manter a mudança. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

Nesse sentido, Pender; Murdaugh; Parsons (2015) esclarecem que as teorias e modelos de comportamento de saúde são tentativas sistemáticas de explicar por que indivíduos praticam ou não comportamentos de saúde e como os indivíduos modificam comportamentos negativos ou implementam novos comportamentos de saúde. Eles especificam os conceitos que podem determinar o comportamento de saúde desejado e a relação entre esses conceitos fornece uma orientação sobre como intervir para promover a mudança e prever os resultados esperados. Compreender os mecanismos de mudança de comportamento e sustentabilidade dessas mudanças é necessário para desenvolver intervenções eficazes de promoção e prevenção da saúde. Para compreender os possíveis mecanismos de mudança, os mediadores, ou variáveis intervenientes que descrevem o processo responsável pelo efeito da intervenção sobre o comportamento de saúde, também devem ser examinados. Os mediadores, ou mecanismos de mudança de comportamento, permitem que os enfermeiros desenvolvam e forneçam intervenções eficazes, orientadas teoricamente, baseadas nos preditores mais poderosos do comportamento de saúde.

Na construção do MPS de Pender, a autora utilizou como raízes teóricas: 1) Teoria Cognitiva de Bandura - incorporam fatores cognitivos e afetivos como comportamento determinante na modificação da conduta humana, considerando a influência dos fatores ambientais e sociais; 2) Teoria do Valor da Expectativa - os indivíduos adotam certas ações para atingir objetivos que são percebidos como possíveis e que resultam em resultados valorizados. E as raízes filosóficas são fundamentadas na Interação Recíproca Visão Mundial em que os indivíduos são compreendidos holisticamente, mas partes podem ser estudadas no contexto do todo. Os seres humanos se relacionam com o meio ambiente e moldam-no para atender às suas necessidades e objetivos (PENDER, 2011)

Diante disso, o objetivo do MPS de Pender é auxiliar enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental tomando como foco a promoção de estilos de vida saudáveis. (PENDER, 2011)

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola J. Pender é constituído por três eixos principais: (1) Características e Experiências individuais, (2) Comportamento Específico e (3) Resultado do Comportamento. Fazem parte destes eixos 12 fatores que interferem na saúde das pessoas: sete fatores cognitivo-perceptivos, que dizem respeito à: importância da saúde, controle preventivo em saúde, definição de saúde, estado de saúde percebido, auto-eficácia percebida, benefícios percebidos e barreiras perceptíveis. Os outros cinco fatores são chamados de modificadores para prever comportamentos de saúde, notadamente quanto às características demográficas e biológicas, influências interpessoais, influências situacionais e fatores comportamentais (Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender).

Figura 1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender

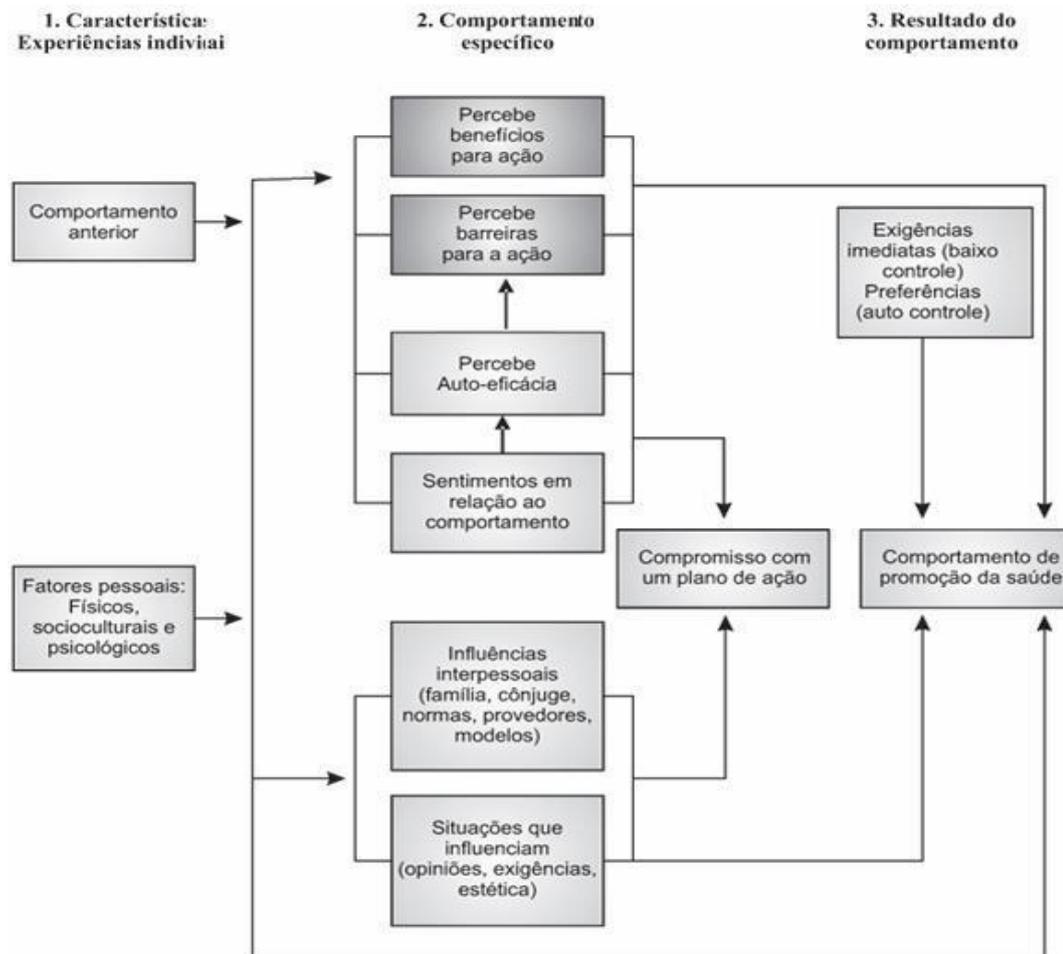


Figura 1 - Diagrama do modelo de promoção da saúde - Fortaleza - 2002

Fonte: Victor, Lopes e Ximenes (2005).

- **Características e experiências individuais** – Componente que consiste na ideia de que cada indivíduo apresenta suas características pessoais únicas e que suas experiências afetam suas ações subsequentes. A importância de seu efeito depende de características e experiências que incluem: (a) comportamentos prévios relacionados e (b) fatores pessoais sobre o comportamento alvo a ser considerado. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Comportamento Prévio Relacionado** é proposto para ter efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de se engajar em comportamentos promotores de saúde. Diz respeito à mensuração do comportamento a partir de sua frequência no passado, ou seja, predispõe de hábitos e detalhes de sua execução para que o comportamento seja modificado no presente. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Fatores Pessoais sobre o Comportamento Alvo a ser Considerado** - abrange aspectos biológicos (idade, índice de massa corporal, puberdade, menopausa, capacidade aeróbica, força e agilidade ou equilíbrio); psicológicos (automotivação e estado de saúde percebido); e socioculturais (raça, etnia, aculturação, educação e *status* socioeconômico). (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

- **Comportamento específico** - componente que se refere aos sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento humano, relacionado ao aspecto motivacional da pessoa, incluindo os benéficos e barreiras percebidas, auto-eficácia percebida, afeto relacionados à atividade, influências interpessoais e situacionais. Neste sentido, cabe definir cada uma destas subcategorias, como segue:

**Benefícios percebidos para ação** são representações mentais das consequências positivas ou de reforço de um comportamento promotor da saúde (motivação), já que os indivíduos tendem a investir tempo e recurso em atividades com alta probabilidade de resultados positivos. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Barreiras percebidas à ação** consistem em percepções sobre a falta de disponibilidade, despesas, dificuldade ou natureza demorada de uma determinada ação, e outros fatores que são encarados como barreiras/obstáculos/custos pessoais de empreender um determinado comportamento de saúde. As barreiras são consideradas como bloqueios mentais. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Auto eficácia percebida** é o julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar determinado curso de ação voltada para a saúde, sendo que este atributo influi sobre as barreiras percebidas, de maneira que a maior eficácia sobrepõe às menores

barreiras. As percepções de habilidade e competência em um domínio particular motivam os indivíduos a se engajar em comportamentos nos quais eles se sobressaem. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Afeto Relacionados à Atividade** diz respeito aos sentimentos subjetivos (positivo ou negativo) que se dão antes, durante e depois de conduta baseada nas propriedades dos estímulos da conduta em si, constituídos por três componentes: excitação emocional ao próprio ato, à auto-ação e ao ambiente em que a ação ocorre. O estado de sentimento resultante provavelmente influenciará se um indivíduo repetirá o comportamento ou manterá o comportamento a longo prazo. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Influências interpessoais** são cognições envolvendo comportamentos, crenças ou atitudes de outrem, compreendendo três influências interpessoais que determinam a predisposição individual a se envolver em comportamentos que promovam saúde, quais sejam: apoio familiar, apoio social e modelagem (aprendizagem através da observação de outros). (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

**Influências situacionais**, são percepções e cognições pessoais de qualquer situação ou contexto que facilitam ou impedem o comportamento. Indivíduos são atraídos e realizam com mais competência em situações ou contextos ambientais que consideram seguros ou nos quais sejam de sua confiança. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

Salientam-se a importância da percepção desses elementos, de vez que todos são passíveis de modificação e, portanto, favoráveis à intervenção de enfermagem, com perspectiva de alcançar a promoção da saúde das pessoas.

- **Resultado do comportamento:** Este último componente está associado à perspectiva desejável de Promoção da Saúde. A conduta deve se iniciar com o compromisso de atuar, a menos que haja uma demanda contraposta que não se possa evitar e uma preferência contraposta que não se possa resistir, a qual se subdivide nas seguintes três categorias:

**Compromisso com um plano de ação** inicia-se com um evento comportamental, em que o indivíduo é impulsionado pelo compromisso em desenvolver a ação, a menos que exista uma demanda concorrente que não possa ser evitada ou uma preferência concorrente que não seja restituída. Este compromisso resulta em dois processos cognitivos subjacentes: (a) compromisso para realizar uma ação específica em determinado momento e com pessoas específicas, independentemente das preferências

concorrentes (intenção de programar) e (b) identificação de estratégias definitivas para induzir e reforçar o comportamento.

**Demandas competitivas imediatas e preferências** se referem aos comportamentos alternativos que interferem na consciência imediatamente antes da ocorrência prevista de um comportamento planejado para promover a saúde, havendo as seguintes dimensões como: Demandas contrapostas, condutas alternativas mediante as quais os indivíduos têm baixo controle, em função das contingências do entorno, como as responsabilidades; as preferências contrapostas representam condutas alternativas mediante as quais os indivíduos possuem controle relativamente alto.

**Preferências e comportamento de promoção da saúde** consistem no resultado da ação do Modelo de Prevenção da Saúde que assimilam os comportamentos de promoção da saúde, como partes integradas de uma vida saudável, resultando em uma funcionalidade aprimorada e melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento. Este modelo orienta a prescrição de atividade física, nutrição, saúde bucal e proteção auditiva.

Para desenvolvimento do Modelo descrito acima, o Manual do MPS de Pender (2011, p. 3) ressalta a importância da compreensão dos conceitos chave em Enfermagem como base para o modelo:

**Pessoa** – entendido como um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possa ser plenamente expresso. As características individuais, bem como experiências de vida, moldam comportamentos, incluindo comportamentos de saúde.

**Meio Ambiente** – está relacionado ao contexto social, cultural e físico no qual o indivíduo está inserido. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo de dicas e facilitadores para comportamentos que melhoram a saúde.

**Enfermagem** - é a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis para a expressão de saúde ideal e bem-estar de alto nível.

**Saúde em Referência ao Indivíduo** - atualização do potencial humano inerente e adquirido por meio de comportamento direcionado por objetivos, autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com os outros. A saúde é compreendida como uma experiência de vida em evolução.

**Doenças** - eventos distintos ao longo da vida que apresentam uma duração curta (aguda) ou longa (crônica) que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde.

Destaca-se também pelo Manual do MPS de Pender (2011, p. 3) os seguintes pressupostos, que refletem as perspectivas da enfermagem e da ciência comportamental:

1. As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam expressar seu potencial único de saúde humana.
2. As pessoas têm capacidade de autoconscientização reflexiva, incluindo avaliação de suas próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento em direções consideradas positivas e tentam alcançar um equilíbrio pessoal aceitável entre mudança e estabilidade.
4. Indivíduos procuram regular ativamente seu próprio comportamento.
5. Indivíduos em toda a sua complexidade biopsicossocial interagem com o meio ambiente, transformando progressivamente o meio ambiente e se transformando ao longo do tempo.
6. Os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre as pessoas durante toda a sua vida.
7. A reconfiguração auto-iniciada de padrões interativos pessoa-ambiente é essencial para a mudança de comportamento.

Todo os fatores que envolvem o MPS de Pender são para estimular comportamentos promotores da saúde, particularmente quando integrados a um estilo de vida saudável, resultam em melhoria da saúde, melhora da capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento. Tal modelo contribuiu para compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde e possibilitou que Pender desenvolvesse planos de avaliação clínica que podem ser usados por enfermeiros e outros profissionais de saúde. (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015)

Nessa perspectiva Pender; Murdaugh; Parsons (2015) destaca que a maioria dos estudos se concentraram em testar a previsibilidade do modelo, em vez de servir como base teórica para desenvolver e testar intervenções para estudar os mecanismos de mudança propostos no modelo. Uma questão em andamento é que apenas o teste parcial do modelo é realizado em muitos estudos, em vez de medir todos os conceitos do modelo.

### 3 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA: EVENTO QUEDAS EM IDOSOS

Esta revisão narrativa foi realizada com literaturas reunidas por meio de acesso *online*, nas bases de dados da área da saúde: MEDLINE, LILACS, BDENF, CINAHL, IBECs e PUBMED. Os descritores usados foram: “idoso”, “quedas” e “prevenção” com operador booleano *and*. A questão norteadora dessa revisão foi: Qual o estado da arte, da literatura científica publicada entre 2014 e 2018, sobre ações de enfermagem acerca de quedas em idosos?

Os critérios de inclusão das unidades amostrais de literaturas definidas foram: artigos originais publicados nos últimos cinco anos entre 2014 e 2018; em português, espanhol e inglês e disponível na íntegra. Excluíram-se: relato de casos, capítulos de livro, monografias, dissertações ou teses, editoriais, resumos de congresso e outros resumos ou resenha.

No total foram acessados 324 artigos nas seis bases de dados, dos quais 295 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, para análise. Uma amostra de 27 artigos originais foi selecionada, distribuídos nas seguintes bases de dados: MEDLINE (2 artigos), LILACS (4 artigos), BDENF (8 artigos), CINAHL (8 artigos), IBECs (1 artigo) e PUBMED (4 artigos).

#### 3.1. FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS

No Brasil, as recorrentes quedas entre a população idosa vêm sendo consideradas um problema para a saúde pública e representam a principal causa externa de hospitalização, atingindo aproximadamente 300 mil pessoas, pois 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano devido à ação do processo de envelhecimento, que ocasiona alterações anatômicas e funcionais, diminuição da estatura, perda de massa muscular, diminuição de massa óssea e declínio nas aptidões psicomotoras, que, em conjunto, podem provocar a instabilidade postural do indivíduo (VIEIRA et al., 2017).

Buscando definir as causas e circunstância em que a população idosa vivencia os fatores de risco para quedas, Vieira et al. (2017) investigaram a prevalência de risco de quedas em 62 idosos integrantes de um grupo de convivência na cidade de João Pessoa, PB, Brasil, a partir de um estudo descritivo de abordagem quantitativa com aplicação de questionário. Os resultados desta investigação mostraram que a maioria dos idosos (78,8%) já vivenciou quedas e que este evento ocorre em ambiente externo (51%) e ambiente domiciliar (49%). Esses idosos que experimentaram quedas, 87,3% eram do sexo feminino, 42,9% de viúvos, 61,9% com escolaridade compatível com o ensino fundamental I e 71,4% residia com familiares. Diante

da grande incidência de quedas que inibem os idosos a exercer suas atividades normais, os autores concluíram que há necessidade de mais estudos para identificar os fatores de risco, com vista a gerar indicativos para planejamento estratégico de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional dessa população vulnerável de idosos e propuseram:

Conhecer o cotidiano dos idosos, monitorando aqueles que já sofreram quedas, identificando as situações de riscos que provocaram a ocorrência do evento, para assim caracterizar a realidade, as necessidades, fragilidades, e desse modo, poder instituir intervenções que venham prevenir, recuperar e oferecer suporte às vítimas de quedas. Uma assistência planejada, baseada na realidade física, ambiental e social permitirá benefícios para os idosos, família e comunidade (VIEIRA et al., 2017, p. 352).

Cabe destacar que o evento de quedas é causado por elementos de ordem intrínseca e extrínseca. As causas intrínsecas decorrem de processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento, correspondentes à tendência de lentidão dos mecanismos corporais centrais importantes para os reflexos posturais, podendo estar associadas a problemas de saúde. As causas extrínsecas são fatores ambientais e sociais, que envolvem situações cotidianas, constituindo-se desafio aos idosos. Por isso o evento quedas em idosos tem implicações relevantes às ações da equipe de enfermagem. Nesse sentido quando enfermeiras tomam o histórico de quedas dos idosos identificando principais fatores de risco, na perspectiva de planejamento de intervenções de enfermagem há que se atentar para o sucesso de suas ações, por exemplo - a influência dos diferentes níveis de escolaridade dos idosos na compreensão e adesão às medidas preventivas, pois segundo os autores: “bom nível de escolaridade proporciona maior engajamento nos programas educacionais preventivos em saúde” (VIEIRA et al., 2017, p. 354).

James et al. (2014) desenvolveram estudo de revisão retrospectiva de prontuários de idosos em clínicas fisioterapêuticas dos Estados Unidos, abrangendo informações demográficas e avaliação de fisioterapia, com a finalidade de avaliar o risco de quedas. Os resultados desta avaliação mostraram escores médios de indivíduos que caíram foram significativamente maiores do que aqueles que não caíram. O escore total da ferramenta de avaliação de risco multifatorial mostrou forte relação com a incidência de quedas, mas nenhum fator único foi encontrado para ser altamente preditivo. Diante dessas evidências, os autores recomendaram uma abordagem multifacetada aos cuidadores e provedores considerarem a totalidade do risco de quedas e direcionar intervenções abrangentes para abordar os múltiplos fatores que levam a quedas em idosos.

Pimenta et al. (2017) buscaram identificar a prevalência de quedas com 121 idosos atendidos em um centro de atenção integral à saúde do idoso no município de João Pessoa, PB, Brasil, a partir de um estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. Os resultados desta pesquisa revelaram que a maioria dos sujeitos entrevistados era do sexo feminino (78,2%), com idade entre 60 e 69 anos (52,9%), casada (48,3%), com baixa escolaridade (75,8%) e com renda mensal de três a cinco salários mínimos (87,4%). As variáveis associadas às causas das quedas foram: escolaridade ( $p=0,012$ ), utilização de dispositivo para auxílio da marcha ( $p=0,033$ ), tipo de residência ( $p=0,015$ ) e com degraus ( $p=0,009$ ). Esses autores também argumentam que o baixo nível de escolaridade seja um fator que influencia em diversos aspectos da vida do idoso, entre eles a redução do nível socioeconômico, no acesso aos serviços de saúde e a dificuldade de buscar e/ou assimilarem informações relacionadas aos cuidados preventivos em saúde como aos voltados à prevenção de quedas.

Jonas et al. (2014) tomaram como objetivo refletir sobre a necessidade de desenvolver instrumento para avaliar o risco de quedas em idosos na Espanha, com a perspectiva de facilitar a identificação de fatores de risco para quedas. Para tanto, estes que consideram que seja preciso levantar os fatores que condicionam as quedas, dos quais citam quatro de importância:

- Fatores biológicos, que dizem respeito aos fatores intrínsecos e abrangem características típicas do corpo humano.
- Fatores socioeconômicos, relacionados às condições de vida dos indivíduos, incluindo renda, escolaridade, moradia, etc. Os fatores comportamentais relacionados às ações humanas modificáveis, como uso de drogas, álcool e tabaco, etc.
- Fatores ambientais abrangem a interação das condições físicas do indivíduo com o ambiente circundante.
- Fatores de proteção, que reduzem efeitos negativos de um determinado risco e podem estar relacionados a mudanças comportamentais e ambientais.

Com base nesses fatores, a equipe de saúde deve propor intervenções efetivas na prevenção de quedas em idosos, com o objetivo de preservar sua qualidade de vida, mantendo sua segurança, a não institucionalização e, conseqüentemente, a redução de custos para atenção secundária e terciária.

Pesquisas na área de enfermagem, de Kuznier et al. (2015) tomaram como propósito de pesquisa verificar os fatores de risco para quedas em 108 idosos acompanhados por equipes do Programa Saúde da Família de uma unidade de Atenção Básica de Saúde de Belo Horizonte,

MG, Brasil, a partir de uma pesquisa usando a taxonomia da NANDA-I. Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os fatores de risco descritos na taxonomia da NANDA-I ocorrem em idosos acima de 65 anos de idade, com dificuldades visuais, tendo banheiro com precária iluminação, com estado mental diminuído, com história de quedas e uso de agentes anti-hipertensivos. Estes autores concluíram que a fragilidade e vulnerabilidade encontradas entre idosos requerem cuidados específicos voltados para evitar o evento quedas. Os autores recomendaram maior eficiência na ação do enfermeiro para prevenir a ocorrência de quedas, considerando tais fatores serem facilmente identificados e passíveis de intervenção pois, vários fatores contribuem para o evento queda: problemas na mobilidade física, capacidade funcional, visual e cognitiva. Essas alterações decorrentes do processo fisiológico e inevitável da velhice são mais acentuadas quando somadas às complicações decorrentes de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. A pessoa idosa agrupa uma gama de fatores que aumentam o risco para quedas, como: osteoporose, instabilidade postural, alteração da marcha, declínio cognitivo, dificuldades visuais, auditivas e polifarmácia.

Prata et al. (2014) estudaram, sob o olhar dos idosos, como acontece, porque acontece e quais às consequências das quedas sofridas pelos participantes de um projeto de prevenção de quedas, o Prev-Quedas. Foi realizado na Universidade Federal Fluminense e os critérios de inclusão dos sujeitos entrevistados foram: possuir 60 anos de idade ou mais, ser do sexo feminino, ser alfabetizado, não apresentar problemas cognitivos e ser participante do projeto Prev-Quedas. Os resultados apontaram para a emergência de três categorias de posicionamento dos idosos: “culpabilização pela queda”, “consciência sobre a queda” e “relato sobre consequências de uma queda”. Diante desses achados, os autores concluíram que existe certo conformismo na culpabilização diante do evento quedas e sua incidência no espaço urbano é inquestionável. Além desse destaque, os autores associaram às quedas ao que se tem na visibilidade da literatura vigente, os fatores ambientais como aspecto extrínseco a constituírem-se em um dos obstáculos ambientais importantes provocadores de quedas em idosos. Argumentam ainda que os obstáculos ambientais ou barreiras arquitetônicas tenham relevância maior como fator de risco para quedas em idosos, em função da sua fragilidade física.

Pesquisas de Bizerra et al. (2014) se aproximam dessa última discussão realizada, ao buscaram identificar os fatores de risco extrínseco que predisõem a ocorrência de quedas em 95 idosos em ambientes domiciliares, desenvolvido num bairro de Petrolina, PE. Os resultados mostraram que as residências avaliadas, apenas 7,4% (7 domicílios) estavam isentas de obstáculos de acordo com os itens avaliados. Das inadequações mais relevantes observadas foram à presença de tapetes e batentes (40%), acompanhada pela ausência de barras de apoio

em locais que requeriam seu uso, interruptores dispostos em locais de difícil acesso e longe dos cômodos, pisos com alterações no relevo, iluminação insuficiente e móveis que obstruem à passagem do idoso. Assim, esses autores concluíram que os fatores de risco presentes na maioria das residências pesquisadas, eram na maior parte deles, preveníveis. Ou seja, trata-se de fatores passíveis de intervenção de enfermeiros ou de outros profissionais da saúde. Consideram ainda esses autores que as causas que influenciam a ocorrência de quedas de idosos são múltiplas, constituídas basicamente por dois fatores. Os intrínsecos, que compreendem as alterações fisiológicas do envelhecimento, as condições patológicas e as reações ao uso de fármacos, sendo relatada nessa categoria de causas a presença de fraqueza muscular, diminuição do equilíbrio e da coordenação motora corporal, déficit visual, deterioração cognitiva, entre outros. O segundo fator, os extrínsecos, dizem respeito aos fatores ambientais, são pisos escorregadios, obstáculos no piso do quintal, escadas sem corrimão, calçados inadequados, entre outros que representam riscos para quedas em idosos.

Leite et al. (2015) buscaram identificar os fatores associados ao risco de queda na população, com a perspectiva de compreender a influência do meio ambiente onde a pessoa idosa habita, com fins de intervenções preventivas. Estudo exploratório tendo o critério de selecionar a amostra de idosos atendidos nos consultórios de enfermagem em Coimbra. Os resultados evidenciaram que 73,33% da amostra eram do gênero feminino e 46,67% dessas viviam sozinhas e, portanto, eram independentes nas atividades de vida diária, mas 86,67% apresentavam risco de queda. O domicílio apresentou-se como fator de risco para quedas devido à presença de obstáculos ambientais e à ausência de dispositivos de segurança. Estes autores constataram precariedade de mobilidade do idoso no próprio ambiente domiciliar, de vez que muitos dos idosos passaram a sentir medo de cair e abandonar suas atividades domésticas, com modificação nos hábitos de rotina. Concluíram que a enfermagem deve orientar a pessoa idosa e seus familiares acerca dos riscos de queda e que suas consequências podem fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de situações de dependência. Recomendaram que o ambiente doméstico deva passar por mudanças, mas se deve estabelecer máxima preocupação, sem alterar o conforto e o bem-estar dos idosos. O arranjo de móveis, utensílios domésticos e outros artigos e/ou locais de risco são aspectos que precisam ser abordados regularmente em uma conversa onde há troca de informações entre o remetente e o receptor, visando à construção de estratégias eficazes favoráveis à composição de ambiente seguro.

Como profissional de enfermagem, entende-se que os fatores que dificultam a locomoção do idoso no ambiente domiciliar devem ser levados em conta na elaboração de

programas de promoção a saúde do idoso. Para tanto, a enfermagem deve entender a queda como fenômeno multifatorial e que merece atenção da equipe de saúde na prevenção de quedas, minimizando gastos com a saúde e com melhora do bem estar dos idosos e suas famílias.

Outra pesquisa de grande valia para identificar e definir os fatores de risco de quedas que envolvem a população idosa é o trabalho de Pereira et al. (2017) que investigaram a prevalência de queda entre idosos longevos e os fatores extrínsecos a ela associados, a partir de um estudo de coorte transversal de base populacional, com idosos longevos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), residentes na zona urbana de Foz do Iguaçu, PR. A amostra constituída de 350 idosos de 80 anos e mais, de ambos os sexos. Os resultados evidenciaram prevalência de quedas em 46,9% dos idosos associados aos fatores extrínsecos como: degraus com desnível do chão, animais de estimação no acesso principal, tapetes soltos sem antiderrapante do piso escorregadio da cozinha, tapetes soltos sem antiderrapante e objetos no chão no quarto, ausência de barras de apoio no chuveiro, ausência de barras de apoio no sanitário e interruptor distante da porta no banheiro. Esses autores concluíram que as quedas são frequentes em longevos e a identificação dos fatores extrínsecos associados à ocorrência de queda em idosos pode auxiliar o pessoal da enfermagem, na sua prevenção por ocasião da visita domiciliar demonstrando as devidas medidas de precaução aos idosos e seus familiares. Também enfatizaram quanto à concomitância de ocorrência de quedas, por exemplo, com o próprio declínio cognitivo dos idosos que se acentua, na medida em que estes usam medicamentos e alteram as respostas motoras provocando hipotensão postural, sonolência, tonturas, como também em predisposição dos idosos a osteoporose que apresentam alteração postural, distúrbio da marcha e desequilíbrio corporal.

Um estudo tomou como objeto de investigação a prevalência de quedas nos últimos 12 meses entre 729 idosos, da população de zona urbana de Uberaba, MG. Seus resultados apontaram prevalência de quedas de 28,3%, sendo que a maior parte das vítimas era do sexo feminino, com 80 anos ou mais, apresentavam duas ou mais morbidades e usavam cinco ou mais medicamentos (NASCIMENTO; TAVARES, 2016). Estes autores concluíram seus estudos, reforçando a necessidade de mais investimentos na promoção da saúde na perspectiva preventiva de morbidades, considerando dentre os preditores de queda, somente a presença de comorbidades ser passível de intervenção profissional. Para estes autores, a associação recorrente de quedas entre o sexo feminino se reproduz na literatura internacional. “Este fato pode ser explicado pela maior exposição das mulheres idosas ao contexto de risco, tais como uso inapropriado de calçados e preferência pela realização de atividades cotidianas de forma simultânea” (NASCIMENTO; TAVARES, 2016, p. 7).

Como pesquisadora, acredita-se que os indicadores geradores por esta pesquisa sinalizam aos profissionais de enfermagem, quanto às especificidades da população feminina, com abordagem educativa sobre esses fatores de risco, notadamente quanto ao uso do tipo de calçados e a realização de atividades do dia a dia.

Vieira et al. (2016) tomaram como objeto de estudo conhecer a prevalência de fatores de risco associados às quedas entre idosos usuários de uma área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Teresina/PI, Brasil. A amostra foi constituída por 174 idosos e, seus resultados mostraram média de idade de  $70,6 \pm 8,4$  anos; com prevalência de quedas em 51,1% da amostra estudada, sendo o principal local de ocorrência de queda no domicílio (57,3%). Os principais fatores que levaram às quedas foram: a desatenção, problemas de visão, presença de obstáculos e desequilíbrios. A chance de queda foi de 3,5 vezes para os dependentes nas Atividades da Vida Diária (AVD), quando comparados com os independentes. Estes autores concluíram que a prevalência de queda foi alta e presente associando-se a ocorrência em pessoas idosas com dependência funcional, o que alerta a enfermagem à especial diligência no desenvolvimento de ações de recuperação, reabilitação como também de medidas de prevenção de futuros episódios recorrentes de queda.

Estudo internacional de Witt et al. (2018) estimou a prevalência do risco de quedas entre pessoas idosas que recebem cuidados locais de saúde na Suécia, visando observar a consistência entre os fatores de risco de queda e as intervenções preventivas de enfermagem. Esta pesquisa refletiu um estudo de registro transversal, baseada no Índice de Risco de Queda de Downton (DFRI) e nas intervenções planejadas pela rede municipal de saúde sueca, o *Senior Alert*. O resultado mostrou-se que o risco de queda é comum entre os idosos e as intervenções preventivas não acompanham suficientemente as evidências atuais. Isso implica que a implantação sistemática das diretrizes de prevenção de quedas é necessária nos programas municipais de saúde, em que a prática de intervenções preventivas corresponda aos fatores de risco identificados. Em termos estatísticos, 27% dos idosos não tiveram intervenções planejadas, apesar de estarem em risco de cair, indicando que as intervenções planejadas nem sempre corresponderam aos fatores de risco; e apenas 35,4% dos que estavam em risco de queda tiveram revisões farmacêuticas como medida preventiva para diminuir este risco.

### 3.2 CONSEQUÊNCIAS DA QUEDA EM IDOSOS

Muitos idosos vêm sofrendo de constantes quedas, com sérias implicações na normalidade de rotina doméstica, profissional e social. Esta situação pode ser dramática para

parte significativa desta população, pois dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano, devido à ação do processo de envelhecimento, (VIEIRA et al., 2017), sendo a faixa etária implicada se situa a partir de 70 anos e mais (PEREIRA et al., 2017). Essa prevalência, sobretudo, aumenta para 40% em idosos com 80 anos ou mais e 50% para os institucionalizados (GASPAR et al., 2017). Daí nota-se a grande importância dos enfermeiros avaliarem as principais consequências das quedas em idosos, visando elaborar programas de promoção de saúde pertinentes aos diferentes estratos da população idosa, tendo como meta a mitigação das sequelas.

Neste aspecto, Recanello et al. (2015) se propuseram a compreender as repercussões das quedas na vida dos idosos e de seus familiares, a partir de um estudo exploratório com 15 idosos e 22 familiares, moradores em Cuiabá, MT. Os resultados desta pesquisa mostraram que as principais repercussões de quedas na vida dos idosos e suas famílias foram: as lesões, o medo de cair e a restrição de atividades diárias. Os autores concluíram que as quedas repercutem de modo significativo na vida dos idosos caídores e de seus familiares e danos são de ordem física, psicológica e social. Para os idosos, as repercussões físicas compreendem lesões, tais como: hematomas, deslocamentos de estruturas ósseas e fraturas, acompanhadas de dor. De fato, a literatura vigente mostra que a consequência física se constitui na primeira repercussão em que os idosos sofrem em decorrência da queda e, entre elas, as escoriações, fraturas e dores. Porém, ainda boa parte de idosos e familiares consideram as quedas um evento natural, decorrente do processo de envelhecimento. Tal achado impõe aos enfermeiros um papel importante junto aos implicados, de uma ação educacional-comportamental de real compreensão acerca de quedas em idosos, prevenção e mitigação das consequências em casos de consumada a queda.

Vieira et al. (2017) demonstraram que as quedas são eventos frequentes entre a população idosa, ocorrendo em risco tanto em ambiente doméstico, quanto em ambiente externo. Por isso, os idosos apresentaram-se receosos na realização de algumas atividades, especialmente as físicas que envolvem superfícies escorregadias ou ato subir e descer calçadas nas ruas. Estes autores acreditam que a identificação dos fatores de risco para quedas em idosos esteja na possibilidade de planejamento de estratégias de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional. Nesse sentido, faz-se necessária uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para maior eficiência das estratégias propostas, a fim de minimizar o risco de quedas, evitar a dependência e com diminuição da morbidade e mortalidade dos idosos.

Na pesquisa de Pimenta et al. (2017), a queda contribui para produzir impactos negativos na vida do idoso, família e sociedade, provocando consequências graves e complexas, como fraturas, perda da autoconfiança, síndrome do medo de cair, restrição de seus afazeres

diários e a depressão, algo que, em muitos casos, resulta em elevada demanda por cuidados de longa duração. Além disso, após uma queda, muitas pessoas idosas limitam suas atividades em decorrência da preocupação sobre a possibilidade de cair, o que, somado às atitudes protetoras da família e de cuidadores, pode resultar no isolamento social desse indivíduo e interferir negativamente na sua saúde e qualidade de vida.

Kuznier et al. (2015) concluíram que as quedas em idosos resultam no elevado nível de dependência dos caidores, tornando-se uma preocupação específica da família e da saúde pública, já que afeta a capacidade funcional do idoso, por estar associada a modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento. Estes autores constataram ainda que as lesões causadas por acidentes estejam em quinto lugar como causa de óbito em pessoas idosas, sendo que “as quedas representam cerca de dois terços desses acidentes, tornando-se um dos principais preditores de morbimortalidade entre essa população”.

Bizerra et al. (2014) estudaram por dois anos idosos internados em um hospital por ocorrência de fratura de quadril e registraram uma taxa de mortalidade no período de hospitalização de 4%, evoluindo em quatro meses para 16% e em 24 meses para 38%, revelando o alto índice de mortalidade por fraturas de quadril entre idosos. Por conta dessas estatísticas observadas, estes autores concluíram que “as quedas sejam uma importante causa de morbidade, mortalidade e de incapacitações funcionais entre a população idosa”.

Prata et al. (2014) concebem a repercussão da queda como um evento de grande importância na vida do idoso, uma vez que pode representar incapacidade, perda da função, síndrome da imobilidade até mesmo a morte. Uma queda acaba por invariavelmente comprometer a independência e a autonomia, o que gera aumento do custo social e em consequência impacto físico e psicológico. Argumentam que em uma queda estão envolvidas qualidades físicas como equilíbrio, força e mobilidade articular que influem na marcha, no sistema sensorial e comprometem o sistema musculoesquelético.

Além dessas consequências físicas, emocionais e sociais, entendemos que as quedas geram gastos elevados aos cofres públicos, com a utilização de recursos na reabilitação e na ocupação de leitos, tornando-se este gasto mais acentuado quando o idoso é dependente e/ou passa a necessitar de uma institucionalização. Daí se nota a necessidade de adoção de programas destinados a prevenção de quedas em idosos, com direto envolvimento de enfermeiros e outros profissionais da saúde em ações conjuntas de esforços, a partir da educação, para reverter o estado atual observado acerca do evento quedas em idosos.

Constataram que as quedas deixam sequelas físicas em forma de fraturas nas pernas e joelhos, trazendo problema de mobilidade para os membros inferiores, limitando o

funcionamento da pessoa idosa. O conhecimento dessas consequências de quedas constitui em importante subsídio para a equipe de saúde estabelecer os fundamentos necessários para um sistema de cuidados e, com isso, propor medidas para prevenir futuras quedas (PEREIRA et al., 2017).

Outra consequência resultante das quedas é a síndrome do medo. Estudos desenvolvidos por Nascimento e Tavares (2016) constataram que a síndrome do medo de cair é corroborada em outras literaturas nacionais quanto estrangeiras. Para esses autores, o medo ou pânico de sofrer novas quedas levam os idosos a limitar suas atividades de vida diária importantes para a sua autoconfiança no que diz respeito às habilidades pessoais.

Em razão desta situação grave e que interfere na vida do idoso caidor, acredita-se que o aspecto psicológico do medo deve merecer atenção especial por parte dos profissionais de enfermagem. O trabalho em equipe multidisciplinar permite que a psicóloga trabalhe esta questão no idoso, com esclarecimento das reais possibilidades, enquanto participante da terceira idade, delegando-lhe conferindo-lhe senso de confiança e segurança.

### 3.3 PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

No contexto da necessidade de identificar práticas de prevenção de quedas em idosos, foi realizado um estudo transversal analítico, realizado em Tangará da Serra, MT, com 557 idosos atendidos nas dez Unidades de Saúde da Família (USF) cadastradas no Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (GASPAR et al., 2017). Os resultados evidenciaram prevalência de práticas preventivas em 35,7% da amostra pesquisada. Dos achados, os autores concluíram que a prevalência encontrada de práticas preventivas foi maior entre idosos do sexo masculino, com notoriedade para a autoavaliação de saúde ótima/boa e regular e escolaridade com 5 ou mais anos (GASPAR et al., 2017). Estas constatações alertam profissionais da saúde para direcionar maior empreendimento junto às mulheres em atividades físicas, a exemplo dos homens. Outra categoria que merece atenção é o grupo de idosos com menor escolaridade, devendo a equipe de saúde adotar estratégias educacionais no sentido de elevar o nível de letramento em saúde.

Harrison (2017) apresenta relato que descreve um programa de prevenção de quedas de oito semanas realizado por profissionais de Enfermagem e uma equipe de saúde para idosos que frequentam dois centros comunitários seniores nos Estados Unidos. Foi aplicado um pré e pós teste face a aula semanal de educação para idosos baseada em evidências sobre fatores de risco de queda. Os resultados da dita educação demonstraram diminuição e menor presença de

fatores de risco entre os idosos educandos, como efeito da intervenção educacional e colaborativa dos enfermeiros.

Outra pesquisa tomou como objeto de preocupação a necessidade de se prevenir quedas em idosos, a partir de um estudo com 80 idosos de ambos os sexos de um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, João Pessoa/PB, Brasil, uma unidade ambulatorial especializado de média complexidade. O objetivo foi identificar o nível de preocupação em cair, relacionando-o com as doenças autorreferidas e o histórico de quedas dos idosos, no sentido de evidenciar algumas categorias de preocupação. Os resultados mostraram que existe uma preocupação extrema de possibilidade de cair entre a maioria dos idosos pesquisados, com destaque para o sexo feminino, casados, na faixa predominante de 60-79 anos e com uma baixa renda mensal de 1,3 salários mínimos. Também foi observada em quem possuíam artrite e artrose e que tinham histórico de uma a três quedas. Esses achados levaram os autores a concluir que a enfermagem deve estabelecer ações de abrangência integral contemplando mapeamento dos idosos com riscos de queda e realize uma conscientização dos idosos e familiares quanto à prevenção de quedas e, ao mesmo tempo, reduzir o medo e preocupação de cair (ARAÚJO et al., 2016). Sugerem ainda que a enfermagem deva identificar os impactos negativos na vida dos idosos, quanto ao seu funcionamento, dinâmica e realização de atividades domésticas ou profissionais, com vista a atender preventivamente para elevar a autoestima, conferindo-lhes senso de confiança e segurança ao idoso caidor. A exploração de ensinamentos de autoeficácia segundo Albert Bandura, pode ser uma boa prescrição para esta finalidade, em face da Preocupação Extrema dos idosos em cair.

Kamei et al. (2015) estudaram o sentimento de medo de cair dos idosos avaliando o comportamento domiciliar para diminuir quedas em ambientes fechados, por meio de um programa de modificação de risco domiciliar na perspectiva de estimular a conscientização da prevenção de quedas. Seus resultados indicaram que idosos com média etária de 75 anos, que se submeteram ao dito programa, num período de 12 semanas, reduziram quedas em torno de 11%, tanto em quedas dentro de casa quanto fora, com destaque de idosos com mais de 75 anos apresentando redução significativa de quedas em geral. Estes autores concluíram que a consciência de prevenção de quedas e modificações no ambiente domiciliar foram fatores significativos de mudança positiva de comportamento dos idosos participantes do programa proposto,

Outro estudo que questionava prevenção de quedas entre outras ações recebidas da equipe da Atenção Básica à Saúde, em Santa Cruz, RN, 130 idosos indicaram respostas de qualidade de atendimento deficientes como: os usuários disseram que o atendimento era boa

em 48,5%, porém nunca receberam orientações educativas sobre prevenção do câncer nem controle de quedas (82,3%); algumas vezes recebiam informações sobre importância de praticar atividades físicas (41,5%); algumas vezes foram encaminhados a outros serviços ou contra referenciados (29,2%), entre outras. Face às respostas de existência de fragilidades na oferta de serviços ao usuário idoso, os autores indicaram a esses profissionais agregar subsídios técnicos para qualificação na atenção e no trabalho preventivo junto ao usuário idoso (SOUZA et al., 2017).

Jitramontree et al. (2015) desenvolveram um Programa de Prevenção de Quedas Multifatorial voltada aos idosos, em colaboração com a comunidade junto a 80 participantes, entre idosos e familiares, seis enfermeiros de saúde pública, um líder comunitário e três profissionais de saúde pública. Seus resultados evidenciaram: a necessidade de triagem de risco inicial dos usuários; melhorias na intervenção preventiva junto a idosos; gerenciamento de atenção específica da enfermagem. Os autores concluíram que o Programa usado na prevenção de quedas representou um método econômico de ferramenta para aumentar as estratégias de mitigação de quedas e monitoramento de quedas em idosos.

Também, Johnson et al. (2015) investigaram o impacto de um programa de educação em *E-learning* para enfermeiros sobre triagem de risco de quedas, prevenção de quedas e manejo pós-quedas. Seus resultados indicaram melhor impacto em termos de maior qualidade nesses serviços, dispensados aos idosos, pelos enfermeiros.

Um estudo de caráter clínico prospectivo conduzido na Policlínica Universitária do Centro Universitário Adventista de São Paulo, analisou os efeitos de um programa de exercícios físicos associados a orientações sobre prevenção de quedas, controle postural e medo de cair em 105 idosos frágeis, atendidos em um serviço de reabilitação. Seus resultados mostraram que a maioria dos idosos aderiu e participou de todas as sessões dos exercícios físicos e que, após a conclusão do programa, a reavaliação apresentou melhoras significantes na prevenção de quedas, no controle postural bem como diminuição no medo de cair dos idosos (MARTINS et al., 2016).

A prática de exercícios e atividades físicas é fundamental como tática de prevenção à queda em idosos inativos, cuja prescrição é amplamente indicada na literatura, enfatizando a necessidade de disponibilidade de equipamentos para atender as comunidades. Nesse sentido MacMahon et al. (2018) desenvolveram estudo sobre o uso desses recursos comunitários visando prevenção de quedas. As observações revelaram que, embora tivessem conhecimento de uma ampla gama de recursos da comunidade local para atividades físicas, os idosos inativos praticam apenas a caminhada com mais frequência. Além disso, o incentivo para usar os

equipamentos disponíveis teve efeito apenas de curto prazo. Tal resultado levou os autores a concluir que: a melhor compreensão sobre os equipamentos comunitários precisam de reforço de divulgação e sugerem que pesquisadores e profissionais de saúde identifiquem as melhores estratégias de promoção e disseminação no uso dos referidos recursos a favor de atividades físicas de idosos que vivem na circunvizinhança.

Leahy-Warren et al. (2018) avaliaram a prática das enfermeiras de saúde pública na Irlanda e Noruega, no que concerne a ações interventivas sobre os riscos de queda, na população idosa. A prática dessas enfermeiras no contexto da intervenção com foco no gerenciamento e prevenção de incidência de quedas entre idosos, na descrição dos autores, significa um modelo de prática baseado nas necessidades desta população, que abrange três níveis: de comunidade, de sistemas e de indivíduo/família com destinação de intervenções específicas de saúde pública em cada nível. Sendo a queda em idosos, um problema de saúde pública, a qual na maioria das vezes acontece em casa, sua prevenção e gerenciamento são convencionados realizar-se em nível de comunidade, a qual se beneficia de uma abordagem de sistemas de saúde pública, em que participa o corpo de enfermeiras de saúde pública. Esses autores sintetizam que: o modelo fornece uma visão do escopo potencial da enfermagem de saúde pública, enquanto atuando sobre o evento quedas em idosos, articulando assim a sua prática com a comunidade, em favor da prevenção às quedas.

Outro aspecto que merece ser tomado para abordagem no campo da prevenção é a locomoção dos idosos como pedestres, em vista das lesões que eles são frequentemente acometidos. Gyllencreutz et al. (2014) relatam que tanto idosos mais jovens quanto idosos mais velhos são frequentemente atingidos quando caem como pedestres ao ar livre, e sofrem de várias lesões, sendo que a maioria é vítima de lesões consideráveis causando sofrimento e medo significativos. A criação de acesso seguro para pedestres em atividades ao ar livre é de suma importância para a mobilidade dos pedestres, sobretudo dos idosos, mas não apenas uma responsabilidade de autoridades públicas. É também responsabilidade dos pedestres tomarem cuidados por sua própria segurança e usarem acessórios de segurança, quando necessário. Sugerem-se que transeuntes idosos devam ser advertidos e orientados quanto a todos os fatores de risco para quedas e atropelamentos presentes em ambiente externo urbano e cumprimento de condutas específicas de segurança em semelhança às indicadas para ambiente doméstico.

## 4 METODOLOGIA

Para desenvolver o estudo, respondendo a questão de pesquisa e os objetivos traçados, desenvolveu-se uma pesquisa de experiência educacional com idosos residentes no bairro do Guamá - Belém/PA, área adscrita da Unidade Municipal de Saúde - UMS e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), sobre estratégia promotora de segurança contra quedas, com base no Modelo da Promoção da Saúde - MPS de Nola Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

### 4.1 NATUREZA DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Assumiu-se como abordagem de pesquisa o método da Pesquisa Convergente Assistencial – PCA (TRENTINI et al., 2014). O intuito de realizar ações educacionais no que concerne a compreensão do processo de queda em idosos e comportamentos de saúde preventivos de quedas, baseados no Modelo de Promoção de Saúde de Pender se adequa a necessidade de prover ambientes favoráveis para discussão e reflexão dos idosos a respeito da questão que envolve o seu cotidiano de vida e saúde no processo de envelhecimento, a partir da perspectiva de realizar educação em saúde convergindo com o processo de autocuidado.

Esse percurso metodológico da PCA, por apresentar propriedades que envolvem a confluência entre as ações de pesquisa e de assistência, fundamenta-se na categoria de pesquisa ação. Detém como principal propósito resolver as necessidades de planejamento e realização de mudanças na prática assistencial, principalmente no que envolve ações de enfermagem (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014)

A PCA pode envolver uma variedade de métodos e técnicas de investigação, individuais e grupais, no intuito de não somente coletar informações, mas de integrar os sujeitos no processo de construção de conhecimento concomitantemente às atividades práticas de cuidados de saúde, de forma ativa e participativa. O método fundamenta-se em problemas de pesquisa que surgem da prática profissional, visa identificar situações vulneráveis ou perceber potencialidades que contribuam para a proposição de soluções adequadas e dirigidas a um contexto específico, seja na assistência, na educação ou na gerência. O propósito da PCA está em indicar ações para o cuidado de saúde, articulando as pessoas envolvidas no contexto a ser pesquisado, numa relação de cooperação mútua, de forma a integrar a teoria e a prática, o fazer e o pensar, com a necessidade de renovar esta mesma prática (TRENTINI; PAIM, SILVA, 2014).

Os pressupostos apontados por Trentini, Paim e Silva (2014) a respeito da PCA, abordam que o campo da prática assistencial de enfermagem apresenta um leque de fenômenos a serem desvelados, sendo um campo fértil de questões abertas e fechadas a estudos, propiciando um contexto de prática que não está voltado apenas ao fazer e assistir mas também como associar o lugar das teorias e testá-las cientificamente. Suscita também a inovação, alternativas de solução para minimizar ou solucionar situações adversas, além de transformar o profissional de saúde em um potencial pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente.

A base conceitual da pesquisa convergente, é compreender a junção de assistência e pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. O construto *convergência* é o ponto central que rege os demais conceitos que organizam a base teórica-filosófica do delineamento da PCA e que exprime a justaposição da prática assistencial com a pesquisa/investigação científica em um processo contínuo de dialogicidade, gerando ações que envolvam o comprometimento do pesquisador e o trabalho do grupo (TRENTINI; PAIM, SILVA, 2014). São conceitos inerentes a PCA:

- **Dialogicidade:** para que ocorra a transformação na prática assistencial o diálogo é considerado um instrumento fundamental. Com isso, para que haja o desenvolvimento do diálogo faz-se indispensável no compartilhamento de símbolos e significados pelo grupo de pesquisa.
- **Expansibilidade:** permite a flexibilidade de modo que o pesquisador se adentre no trabalho assistencial, em que poderá engendrar temas emergentes e de interesses no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo, e tais temas conduzirão a reformulações teórico-metodológicas necessárias ao projeto em andamento.
- **Imersibilidade:** é a imersão do pesquisador na assistência durante o processo investigativo com intuito de construir mudanças compartilhadas no local da assistência em saúde. A imersão e o diálogo do pesquisador no campo de prática com os profissionais da assistência e com o local do estudo, são fundamentais para o desenvolvimento concreto da PCA.
- **Simultaneidade:** essa relação em que há pontos de entrecruzamentos se diferenciam-se por não haver sobreposição de uma sobre a outra, ambas dialogam em suas informações, almejando qualidade e integralidade das ações. (TRENTINI et al., 2014).

Em suma, a PCA estrutura-se metodologicamente em quatro fases: a de **Concepção** que envolve desde a escolha pelo tema que tenha aderência com a prática do pesquisador, passando pela formulação do problema de pesquisa, revisão de literatura e escolha do referencial teórico,

a qual nesse estudo, encontra-se já descrita na parte inicial da dissertação. A fase seguinte - **Instrumentação**, na qual realizam-se as decisões metodológicas focalizando o método convergente assistencial; a terceira fase – **Perscrutação**, que envolve as estratégias para a dinâmica da obtenção e sistematização das informações; e por fim **análise e interpretação**, que ocorre de maneira concomitante à coleta de dados, possibilitando o pesquisador refletir sobre o processo em estudo. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Tal escolha de abordagem do estudo fez da pesquisadora adentrar-se nas ações de pesquisa e de intervenção educacional na assistência com intuito de compreender o processo de queda em idosos e seus comportamentos relacionados a prevenção de quedas. Por isso, a enfermeira educadora - pesquisadora promoveu ambientes favoráveis para discussão e reflexão dos idosos a respeito das questões que envolvem os comportamentos de saúde que influenciam o cotidiano de vida e saúde no processo de envelhecimento, a favor de comportamentos estimuladores de autoeficácia em saúde.

## 4.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO DO ESTUDO

A fase que compreende a Instrumentação, referiu-se ao processo metodológico detalhado do espaço em que a pesquisa acontece bem como delimita os participantes de acordo com a prática do contexto social e os instrumentos que são utilizados para coleta das informações. Vale ressaltar que, esta fase foi conduzida no mesmo espaço físico e temporal da prática de pesquisa. Essa delimitação das informações possibilitarão que ocorra a “dança” entre a pesquisa e a prática assistencial que, criando assim espaços de superposição destas atividades garantindo nessa articulação a construção de conhecimentos (TRENTINI; PAIM, 2014). Assim decidiu-se nesse estudo, criar um espaço de prática grupal para aplicação do processo de enfermagem onde privilegiou-se o compartilhar de informações pelos idosos participantes e tomada de decisões coletivas por meio do diálogo crítico entre os idosos e a pesquisadora-enfermeira e sua equipe.

### 4.2.1 Contexto do Estudo

O estudo foi realizado junto aos idosos residentes do bairro do Guamá, os quais geralmente frequentam UMS – Guamá e Centro de Referência de Assistência Social - CRAS - Guamá. Em 2000, o Guamá ganhou o status do bairro mais populoso de Belém-PA, representando na época 7,9% do total de habitantes de Belém. De acordo com o anuário de

Belém (2012), a população do bairro é de 94.610 habitantes. Em relação ao quantitativo de idosos de 80 anos ou mais o bairro apresentou 2.426 idosos, o que correspondia na época a 2,5% da população, sendo considerado um dos bairros de Belém com maior concentração de pessoas nesta faixa etária.

A Unidade Municipal de Saúde do Guamá (UMS-Guamá) é responsável pelo atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, pneumologista; de nutricionista, assistente social, odontólogo, fisioterapia e enfermeiro. A Unidade conta com Programa de Pré-Natal, HiperDia, Teste do pezinho, Planejamento Familiar, Vacinação, Saúde Mental e Programa do Idoso (PREFEITURA DE BELÉM, 2019).

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS - Guamá) é a responsável pelos serviços socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas consideradas vulneráveis e com algum risco social nos municípios. As principais funções do CRAS em Belém, PA - Guamá são: Fazer a oferta do serviço PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família) e outros programas e/ou projetos socioassistenciais; fazer a articulação e fortalecimento da rede de Proteção Social Básica local; fazer a prevenção de risco em toda a cidade; garantir direitos através de encaminhamentos e orientações durante os atendimentos (CRAS, 2019).

Assim, os idosos participantes do presente estudo foram selecionados entre aqueles com fatores de risco para queda, identificados pela Caderneta do Idoso, que circulavam como usuários no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/Guamá, no Unidade Municipal de Saúde do Guamá, e em comunidade circundante descobertos por meio da técnica da bola de neve (VINUTO, 2014).

## 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

### 4.3.1 Amostra de idosos

Os idosos selecionados e convidados a participar do estudo foram no total 13 com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Porém, apenas 7 efetivamente participaram com assiduidade e pontualidade nas reuniões grupais que foram desenvolvidas no período de 2 semanas. Os demais 6 idosos foram excluídos por estarem impossibilitados de participar do estudo por motivos de doença ou estarem muito atarefados.

#### 4.3.2 Seleção da amostra

A amostragem foi por conveniência, convidando os primeiros idosos entre os usuários que frequentavam a UMS-Guamá e/ou CRAS-Guamá, a fim de lhes aplicar a Caderneta da Pessoa Idosa (Anexo A) e definitivamente selecioná-los para a amostragem quando a avaliação apresentar os itens que detectam fatores de risco para quedas. Por observar dificuldades em encontrar unidade amostral recorreu-se a técnica da Bola de Neve, para busca de mais idosos a integrar a amostra. Então, foi solicitado para aqueles primeiros idosos selecionados, a convidarem idosos vizinhos ou conhecidos que apresentavam as mesmas condições que as suas, ou seja, que tenham história recente de quedas em suas vidas

Destes identificados com risco de quedas, aplicaram-lhes o MEM (Mini-Exame do Estado Mental), com intuito de eliminar aqueles que apresentassem escores com déficit cognitivo (ANEXO B) que impedisse participação no estudo.

#### 4.3.3 Critério de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: idosos de ambos os sexos, moradores do bairro do Guamá, com fatores de risco para queda identificado pela Caderneta da Pessoa Idosa, e cognitivamente apta conforme a avaliação realizada pelo MEM. Os critérios de exclusão foram: não moradores do bairro do Guamá, ausência de fatores de risco para quedas e não disponibilidade de participação no estudo de forma assídua e pontual.

#### 4.3.4 Método e Técnica para obtenção de informações dos participantes

Considerando os objetivos propostos a adoção de métodos e técnicas variadas foram necessárias para o desenvolvimento do processo educativo e de reflexões dos idosos acerca dos comportamentos autoeficazes na prevenção de quedas. Assim, adotou-se desenvolver o processo de enfermagem com foco na temática em estudo. Como técnica para desenvolver as estratégias educacionais adotou-se o Grupo Focal (DALL'AGNOL et al. 2012), com intuito de valorizar a interação dos participantes e pesquisadores, possibilitando a coleta de informações e discussões focadas em tópicos que promovessem a troca de experiências, percepções e opiniões, permitindo assim, potencializar o protagonismo dos idosos na medida em que dialogavam e construíam coletivamente temáticas que favoreciam comportamentos de saúde relativos a prevenção de quedas em idosos.

A técnica costumeira de se levantar o histórico de enfermagem é por meio da entrevista e observação, as quais foram adotadas nesse estudo (APÊNDICE A), com adaptação segundo os preceitos do Modelo de Promoção da Saúde de Pender. Incluiu-se ainda a técnica *Photovoice*, (APÊNDICE B) para obter dados especificamente no que concerne, da perspectiva de cada idoso, sua visão particular que atribui acerca da queda como um acidente e da necessidade de preveni-la, fotografando-a. O registro das imagens foi realizada na residência dos idosos ou em seu entorno, sendo que os bolsistas de iniciação científica auxiliavam e orientavam os idosos a baterem suas imagens de acordo com dois comandos que lhes eram dados: 1) Foto 1: registrar uma foto do ambiente domiciliar ou externo que mostre situação que podem provocar acidente por queda em pessoas idosas; 2) Foto 2: registrar uma foto que mostre uma situação que ajude a evitar acidente por queda. Após o registro, os idosos foram lembrados que precisavam estar de posse das imagens no primeiro dia da reunião grupal a fim de serem mostradas e debatidas. Assim, compreendeu-se que o *Photovoice* é uma técnica que permite uma pessoa dar voz a fotografia que registra. Trata-se de uma técnica de pesquisa útil principalmente para sujeitos vulneráveis que nem sempre tem facilidade para emitir suas opiniões (WANG; BURRIS, 1997). O histórico de enfermagem, assim desenhado, foi obtido individualmente junto de cada idoso selecionado.

#### 4.4 PROCESSO METODOLÓGICO DE INSTRUMENTAÇÃO DO ESTUDO

Para facilitar a visualização da sequência lógica do processo metodológico de instrumentação, todas as fases sequenciadas foram registradas conforme o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Fases do processo metodológico de instrumentação do estudo. Belém/PA, 2019.

FASES	DESCRIÇÃO
1º Seleção amostral e primeiras providências	1. Avaliação de fatores de risco para quedas em idosos por meio da aplicação de Caderneta da Pessoa Idosa (ANEXO A) 2. Avaliação do estado cognitivo por meio do MEM (ANEXO B) 3. Convite, negociação e assinatura do TCLE (APÊNDICE C) 4. Aplicação do Histórico de Enfermagem baseado no MPSP adaptado com questões sobre quedas em idosos (APÊNDICE A), e solicitação de tomada de fotos para debate posterior em <i>photovoice</i> (APÊNDICE B)

	<p><b>1ª Reunião - 15/01/2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento dos sete idosos participantes do estudo pela equipe de pesquisa.</li> <li>2. Apresentação da equipe e suas funções no grupo focal.</li> <li>3. Apresentação dos propósitos do estudo em questão.</li> <li>4. Razões do estudo e da contribuição dos participantes</li> <li>5. Orientações aos idosos acerca do processo de enfermagem: o modo como as enfermeiras trabalham com os seus usuários/consulentes.</li> <li>6. Intervalo e lanche</li> <li>7. Síntese das informações obtidas com aplicação do histórico de enfermagem, incluindo as fotos registradas pelos idosos e sua significação expressada por eles durante a reunião.</li> <li>8. Síntese da reunião e rememoração dos tópicos da próxima reunião.</li> </ol>
<p>2ª Reunião de Grupo Focal: total de 4 sessões de duas horas cada (período: 15-01 a 22-01/2019)</p>	<p><b>2ª Reunião - 17/01/2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento dos sete idosos participantes do estudo pela equipe de pesquisa.</li> <li>2. Apresentação pela equipe de pesquisadores 4 Diagnósticos de Enfermagem (CIPE) avaliados e selecionados a partir da análise dos Históricos de Enfermagem realizados com os idosos do estudo.</li> <li>3. Discussão a respeito de cada diagnóstico firmado para os idosos presentes incluindo debates conclusivos de fotos tomadas pelos próprios idosos.</li> <li>4. Decisões grupais acerca de ações preventivas variadas de quedas em diferentes contextos.</li> <li>5. Intervalo e lanche</li> <li>6. Síntese das discussões havidas sobre medidas de prevenção de quedas, tanto em ambiente doméstico ou externo.</li> <li>7. Tarefa domiciliar para os idosos repensarem e refletirem “sobre seus comportamentos anteriores e sua mudança prevendo melhores modos de entender as consequências da queda e de sua</li> </ol>

	<p>prevenção”</p> <hr/> <p><b>3ª Reunião - 22/01/2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento dos sete idosos participantes do estudo pela equipe de pesquisa.</li> <li>2. Apresentação e discussão em grupo das tarefas cumpridas por cada idoso, a respeito à mudança de comportamentos a favor da prevenção de quedas.</li> <li>3. Aula dialogada com auxílio de um folder, ministrada pela Enfermeira pesquisadora acerca de conceitos básicos de queda em idosos, suas consequências e medidas de prevenção.</li> <li>4. Intervalo e lanche</li> <li>5. Demonstração de calçado clínico apropriado para uma deambulação segura acompanhado de explicação como uma das medidas de prevenção de quedas em idosos no domicílio ou em ambientes externos.</li> <li>6. Síntese da reunião e rememoração dos tópicos da próxima reunião.</li> </ol> <hr/> <p><b>4ª e última Reunião- 22/01/2019</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento dos sete idosos participantes do estudo pela equipe de pesquisa.</li> <li>2. Revisão de conhecimento: apresentação de diferentes histórias clínicas hipotéticas de idosos, pela equipe e incentivo do grupo a manifestar-se sobre os riscos de queda e necessidades de medidas preventivas a serem aplicadas.</li> <li>3. Intervalo e Lanche</li> <li>4. Síntese Geral das reuniões havidas e discussão sobre a validade para os idosos a respeito de mudanças de comportamento para preservação da segurança no viver cotidiano dos idosos.</li> <li>5. Avaliação por parte dos idosos acerca da intervenção educativa de Enfermagem.</li> <li>6. Agradecimento a equipe dos idosos pela participação no estudo e convite aos mesmos para participarem da apresentação da</li> </ol>
--	--

	dissertação na Universidade, um momento de validação dos resultados do estudo pelos próprios sujeitos participantes.
Avaliação da Aplicação do Processo de Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reaplicação do histórico de enfermagem em tópicos concernentes a comportamentos de saúde após a intervenção grupal de enfermagem de educação em preceitos de queda em idosos, suas consequências e medidas preventivas necessárias.</li> <li>2. Avaliação da intervenção educativa de enfermagem pela equipe de pesquisa convergente assistencial.</li> </ol>

Todos os dados e informações obtidos durante o processo de instrumentação da pesquisa foram registrados e/ou gravados em MP3 e transcritos, devidamente identificados segundo o contexto de obtenção. Ao mesmo tempo, o diário de campo da equipe de pesquisa foi adotado para registrar quaisquer ideias e impressões sobre as atividades realizadas com os idosos, seja individualmente ou em grupo.

Seguintes foram as fontes de informações para sua análise: (a) Histórico de Enfermagem segundo MPS de Pender, cujo dados obtidos alinhavam-se dentro da teoria da educação da Promoção da Saúde. Sua linguagem representa o ponto de ancoragem das estratégias para a obtenção de informações, os quais serviram inicialmente para a determinação do diagnóstico de enfermagem, e também para análise aprofundada da construção de conhecimento, em conformidade com as ações de convergência com a pesquisa. (b) Fotos tomadas pelos próprios idosos, durante a coleta do histórico de enfermagem, que serviram durante a definição grupal do diagnóstico de enfermagem, por meio da técnica de *Photovoice*, quando os idosos se manifestavam quanto a significação dada às suas fotos representando diferentes fatores de risco de queda em idosos em contexto domiciliar e externo. (c) CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2017, no qual se consultou para selecionar 4 enunciações de Diagnósticos de Enfermagem segundo prioridade de problemas acerca de quedas, identificados no histórico de enfermagem, conforme seguem: Baixo Conhecimento sobre Prevenção de Quedas, Risco de Lesão por Queda, Alto ou Baixo Nível de Medo de Queda, Baixo Conhecimento sobre Processo de Mudança de Comportamento. d) Planejamento e síntese feitos pela equipe de pesquisa para cada um dos quatro encontros de grupo focal. e) Transcrição de debates havidos em cada um dos quatro encontros de grupo focal. f) Diário de campo da equipe de pesquisa.

Na PCA, sejam em processos assistenciais, gerenciais e/ou educativos, a coleta e análise de dados ocorrem simultaneamente, propiciando aprofundamento gradativo do pesquisador nos relatos das informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Por isso, a fase de obtenção e análise dos dados iniciaram-se concomitantemente com o início da implementação do processo de enfermagem até o seu fim.

A perscrutação na PCA é definido por Trentini e Paim (2004) como uma forma de organização sistemática das informações. Os dados obtidos em todos os passos do processo de enfermagem com base no MPS de Nola Pender constituíram-se linguagem com abordagem crítico-reflexiva focada no protagonismo dos idosos para seu processo de aprendizagem relativos a quedas na velhice. Assim, os dados foram construídos dentro do MPS seguindo as estratégias de obtenção de dados e informações, que em congruência, transformaram em conhecimentos e em ações de aprendizagem dos idosos.

A análise das informações, nesse estudo, ocorreram levando em conta a **apreensão, síntese e transferência**. De modo geral, a análise de dados desenvolve-se em quatro fases, como em qualquer pesquisa qualitativa: apreensão, síntese, teorização (nesse estudo em particular, não se processou essa fase) e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O **processo de apreensão**, destaca-se por apresentar-se como primeiro estágio da análise e inicia-se com a coleta e registro das informações (já descritos acima). O **processo de síntese** refere-se a capacidade do investigador de sintetizar em um todo coerente de dados e informações entrelaçando, em nosso caso, várias situações do cotidiano da assistência de saúde com intuito de descrever comportamentos relativos à quedas, de idosos com fatores de risco para quedas, bem como o processo de mudanças comportamentais a favor da prevenção de quedas na velhice.

Já o **processo de transferência** consiste na possibilidade de contextualizar um estudo em situações similares com intenção de transferir e socializar seus resultados. A experiência deste estudo de aplicação do MPS de Pender junto a usuários idosos que detém fatores de risco para quedas e considerando os comportamentos de promoção de saúde por eles demonstrados, permite destacar que o Modelo pode ser utilizado em qualquer Unidade Básica de Saúde com intuito de verificar os fatores comportamentais, interrelacionais e socioeconômicos que interferem no idoso a buscar adoção de comportamentos de prevenção de quedas.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa respeitou o previsto na Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas de pesquisas envolvendo seres humanos, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, que inclui a macroética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Desse modo, a todo participante do estudo foi garantido o direito de não ser identificado, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse. Todos os sujeitos da pesquisa foram voluntários e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C). Durante seleção dos depoimentos foram substituídos todos os nomes pela palavra **Idoso** acrescido do **Sistema Alfanumérico**, para desta forma manter o sigilo dos sujeitos da pesquisa.

O projeto dessa dissertação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA, através da Plataforma Brasil sob o nº 2.728.397 e CAAE: 89614318.8.0000.0018 (ANEXO C)

O risco mínimo para essa pesquisa está relacionado à quebra do sigilo de anonimato das participantes, sendo que os dados coletados na entrevista não foram identificados, garantindo assim, o seu sigilo e anonimato. A pesquisa em questão será importante para contribuir com as pesquisas da enfermagem brasileira, possibilitando uma nova abordagem a respeito de comportamentos de saúde benéficos para a população envelhecida, principalmente ao que concerne a prevenção de quedas; também torna-se relevante para a prática assistencial, possibilitando o fazer do enfermeiro seja voltado para o protagonismo do usuário idoso - baseado nas ações de autoeficácia e permitindo o empoderamento desses idosos quanto aos comportamentos de saúde.

### 5 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

#### 5.1 DADOS E INFORMAÇÕES: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DE PCA

Conforme descrito na metodologia o processo da realização de um estudo com abordagem de Pesquisa Convergente Assistencial, impõe necessariamente a análise do processo assistencial concomitante a análise do processo investigativo. Considerando a opção pela

aplicação do processo de enfermagem em todas as suas fases junto a um grupo de usuários idosos com fatores de risco para quedas, com ações de enfermagem guiadas pelo Modelo de Promoção da Saúde de Pender estimulador de comportamentos autoeficazes contra quedas, sua análise foi realizada avaliando-se passo a passo a aplicação do processo de enfermagem. Por outro lado, a análise investigativa dos dados e informações sintetizados em um conjunto coerente, obtidos na aplicação do processo de enfermagem, transcorreu de forma indutiva seguindo-se a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2009).

## 5.2 APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E PERSCRUSTAÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A aplicação do Processo de Enfermagem assumido nesse estudo caracterizou-se por obter o histórico de enfermagem individualmente junto aos idosos participantes. Demais fases do Processo foram desenvolvidas coletivamente (idosos e equipe de pesquisa/assistência) sob a forma de debates em Grupo Focal.

### 5.2.1. Histórico de Enfermagem – seus dados

O Histórico de Enfermagem, levantado por meio de entrevista e observação foram adotados com adaptação de preceitos do Modelo de Promoção da Saúde de Pender. Incluiu-se aqui ainda, a técnica de *Photovoice* para obter fotos dos próprios idosos, de visão particular de atribuição do que é esse acidente e da necessidade de preveni-lo.

Ao analisar dados coletados na entrevista com os idosos, as mulheres participantes estavam mais presentes totalizando seis mulheres para um homem. Em relação à faixa etária houve aqueles mais novos com 61 anos até 83 anos de idade. Quatro consideraram-se brancos e três pardos. Todos os idosos sabem ler e escrever com exceção de um idoso. Professam a religião cristã. Quanto ao estado civil, 4 idosos são casados e vivem com seus cônjuges, 1 solteira, 1 separada e 1 viúva. Todos os idosos moram com seus familiares, entre eles: filhos, cônjuges, netos, genros, cunhada. Quanto à experiência ter sofrido quedas, a maioria já caiu várias vezes, seja em casa ou na rua. Pelas histórias nenhum sofreu consequências graves, senão entorses, desmaio e deslocamento do ombro. Por outro lado responderam que tais experiências trouxeram alguns aprendizados como:

[...] *Aprendi de ter um calçado adequado pra não cair, escorregar ou tropeçar.*

*[...] Aprendi a prestar mais atenção; Aprendi a olhar por onde eu ando.*

*[...] Eu aprendi a ir olhando bem, ter cuidado de quando chover ver se está molhado e ir logo enxugando.*

Do aspecto de influências pessoais questionou-se aos idosos a averiguação de sua compreensão pelo benéfico de se evitar quedas, identificando barreiras do cotidiano que dificultam esse cuidado de prevenção. Quão seguro os idosos se consideram para ultrapassar tais barreiras, como também manifestarem-se com preferência de tipos de prevenção, conforme suas declarações:

*[...] Porque tendo saúde, tenho tranquilidade... Não precisa de médico nem gastar com remédio.*

*[...] O problema é a escada na minha casa e por dificuldades financeiras não consigo adequá-la.*

*[...] Não ando em lugar molhado nem salto por cima da vala, vou sempre contornar buscando melhor lugar para passar.*

Quanto a influências interpessoais as relativas a normas sociais, verificar se as pessoas em seu entorno esperam que os idosos tenham cuidado para evitar quedas como também se preocupam em encorajá-los. Por outro lado, é necessário saber se o idoso “espelha-se” em alguém (familiares ou amigos) como exemplo de quem cuida preventivamente contra quedas.

*Minha filha não quer me ver saindo sozinha...*

*Só o meu filho mesmo, lá em casa ninguém aparece, não tenho muita amizade...*

*É difícil encontrar alguém cuidadoso assim...*

Por fim, as influências situacionais que refletem percepções e cognições pessoais de qualquer situação ou contextos que podem facilitar ou impedir comportamentos que sejam seguros ou nos quais sejam de sua confiança. Assim, ao questionar os idosos como gostariam de estar evitando quedas, responderam:

*Cuidando da minha vista, pois vendo melhor não vou mais cair*

*Trocando por lajota antiderrapante no meu banheiro*

*Colocando corrimão na escada*

### 5.2.2 Aplicação do Processo de Enfermagem em Contexto Grupal

**Na primeira reunião grupal** foi realizado inicialmente o acolhimento dos sete idosos participantes do estudo, sendo que também nesse momento a enfermeira-pesquisadora apresentou a equipe e a função que cada um iria desenvolver dentro daquele contexto. Também foram esclarecidos questões envolvendo o estudo como: as razões, os propósitos e a importância das contribuições dos participantes. E houve também as orientações a respeito do processo de enfermagem (etapas) e explicando a conduta da enfermeira ao atenderem os usuários idosos com risco para quedas.

No segundo momento da reunião foi apresentado aos idosos uma síntese das informações obtidas com a aplicação do histórico de enfermagem (dados acima descritos), identificando que os mesmos apresentavam risco para quedas e posteriormente se iniciou a sessão de *Photovoice*, ou seja, deram voz as imagens registradas no domicílio ou na rua (APÊNDICE D), identificando fatores que são de risco e de segurança relativos a queda. Segue algumas falas que discutiram a respeito dos registros fotográficos:

*Primeiro erro é a sandália a ponta da dela enrolou. Eu andei com uma sandália da minha filha porque eu não achei a minha; peguei e fui com uma sandália número trinta e nove e eu calço número trinta e quatro. Não usar sandália de número grande, tem que usar sandália do seu tamanho. [...] não é suficiente essa sandália, tem que ser antiderrapante. [...] A lajota não é lisa é antiderrapante. GF*

*[...]Eu não tenho medo de cair! Se cair, tô nem aí. Mas eu também não tenho medo, como diz ela. Sabe o que eu faço? Não tem as coisas de cima?! Trego uma cadeira e subo. GF*

*[...]Outro risco é o pano no chão. [...]eu acho que não tinha que ter nem um. [...]o tapete ali é um risco. [...]os tapetes a gente só usa na entrada, era mais perigoso quando não tinha porque quando eu pisava assim aí em escorregava, porque a lajota de casa é lisa. GF*

*[...]Na minha cozinha não tem risco porque aqui por enquanto está só terra (barro), aí não tem como escorregar. [...] Eu vejo a escada como risco, ela é em pé, e os degraus são pequenos e não tem quase onde se segurar. [...]A minha escada tem só um corrimão mas que eu quero mandar fazer logo o outro lado porque às vezes está com as coisas na mão, né?!. GF*

*[...] Tem um gatinho, é um risco. [...] Eu tropecei no meu cachorro, teve um dia que eu pisei no rabo do Bidu, né?! E ele veio nhac pra me morder... É arriscado mesmo.*

*[...] tropeçar bicho também. [...] tem uma vasilhinha da comida de cachorro, ela pode tropeçar nessa vasilha e cair também. GF*

*[...] Tem que ter cuidado na rua também. Quando eu estou andando na rua e vem aquele monte de estudante, eu paro. E monte de estudante e cachorro. Quando vem aquele monte de adolescente tudo. Eu não consigo ficar andando não, eu fico parada, espero eles passarem aí eu vou. GF*

*[...] na minha cozinha é tudo baixo, não preciso de banquinho pra subir e pegar algo. [...] no banheiro eu tomo banho de cuia e tem risco lá, já até caí tomando banho. GF*

*[...] Andar na rua é perigoso. Eu prefiro andar logo pela pista, pela beiradinha porque eu não vou pela calçada, porque ele é muito cheio de altos e baixos e é danado pra gente cair! Só na rua eu já caí cinco vezes andando na calçada mas na rua mesmo ainda não caí. [...] a calçada tá toda quebrada, tem também calçada com lajota lisa, com limo e tem lugar que vende açaí e a calçada é cheio de caroço de açaí, pisando roda e cai, prefiro não passar mas passar por um lugar que esteja mais livre. GF*

*[...] Interessante que é a cama e eu prefiro mais a rede sabe porquê? Porque na casa eu sinto mais a minha coluna. [...] a rede tem mais risco, já a cama é melhor porque é baixa e ele tem como se levantar e ficar sentadinho. GF*

*[...] No quintal fica liso e tá cheio de limo. [...] lá no quintal é assim, minha filha comprou soda cáustica e quando passa sai tudinho, ficou tudo limpinho. GF*

Após a rica análise e discussão das fotos elaborou-se um resumo do que foi abordado na reunião e informados os assuntos que seriam debatidos na próxima reunião.

### 5.2.3 Diagnósticos de enfermagem selecionados e Ações de Enfermagem

**Na segunda reunião** do grupo focal, a partir do Histórico de Enfermagem levantado individualmente dos idosos participantes e da discussão havida na primeira reunião a respeito de riscos e cuidados no cotidiano acerca do processo de quedas, possibilitou que a enfermeira-pesquisadora e a equipe analisassem e selecionasse os Diagnósticos de Enfermagem. Tais diagnósticos foram extraídos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE versão 2017, conforme seguem:

- 1) “Risco de Lesão por Queda”
- 2) “Baixo Conhecimento sobre Prevenção de Quedas”
- 3) “Alto ou Baixo nível de Medo de Queda”
- 4) “Baixo Conhecimento sobre Processo de Mudança de Comportamento”

Cada diagnóstico, exposto à discussão com idosos em sessão de grupo focal, teve o propósito de negociar, tomar decisões e propor intervenções apropriadas, de modo coletivo, acerca de ações relativas a: revisão de conhecimentos e ações preventivas de queda em ambiente interno e externo; minimização de fatores de risco para quedas; compreensão e enfrentamento de “medo de quedas”; e discussão e revisão de variados comportamentos de vida e saúde favoráveis à prevenção de quedas na velhice. A discussão acerca do diagnóstico “Risco de Lesão por Queda” os idosos assim se manifestaram:

*[...] por onde a gente anda, a onde a gente vai caminhando, para não dá topada não dá de encontro. [...] Eu já cai sem mais nem menos, sem escorregar sem tropeçar. GF*

*[...]mês passado eu cai na taberna, eu ia com uma colega e eu estava na parada ai ela me chamou ai eu acompanhei ela, ela (acompanhante) falou vamos andar rápido, fomos no segurando eu não vi que tinha um buraco na calçada ai eu cai. [...] Eu sempre andei muito rápido, eu sempre fui preparada pra andar rápido. GF*

*[...]eu ando rápido pelo as ruas que uma vez eu ia caindo, por causa das causadas alta. [...]Na rua aqui em Belém acontece, de aparecer um lugar que é cheio de caroço de açaí e esse caroço de açaí roda e a gente pode cair [...]Ainda tem mais um detalhe, agora que tá no período chuvoso, e em tempo de manga ai o pessoal come a manga e joga o caroço no chão, banana. [...]Chupa um picolé joga o saco no chão. [...] agora no período chuvoso é mais perigoso, porque até no saco plástico a gente pode escorregar. GF*

*[...]ralar o joelho, bater cabeça, ter uma lesão, quebrar o fêmur, o braço... [...]quando a gente vai cair, a gente quer se aguentar com a mão, ai a gente torce tudo. GF*

*[...] A gente vai descer do ônibus, o motorista, não quer esperar arranca com ônibus eu vou cair. GF*

A maioria dos idosos reconheceram que no cotidiano existem fatores de risco para quedas que incluem os seus comportamentos, mas também o ambiente que vivem (estrutura das vias públicas, transporte público) bem como as ações comportamentais da sociedade que contribuem para o aumento desse risco. Porém, sente-se a carência por parte dos idosos em relatarem os fatores de riscos relacionados ao biológicos e físicos.

No que compreende ao segundo diagnóstico de enfermagem que é o “Baixo Conhecimento sobre Prevenção de Quedas”, as falas que seguem:

*Eu acho que é assim, a gente tem que prestar atenção por onde a gente caminha, olhar para o chão, pra não dá topada em qualquer coisa. [...]Por onde a gente anda, a onde a gente vai caminhando, para não dá topada não dá de encontro, sempre prestar atenção. [...]Eu já cai sem mais nem menos, sem escorregar sem tropeçar e eu acho que é ter cuidado, quando andar, eu ando bem devagarinho, e vou fazendo de tudo pra eu não cair. GF*

*[...] Olhar o que está na frente, observar o que está na frente porque mês passado eu cai na taberna, eu ia com uma colega e eu estava na parada ai ela me chamou ai eu acompanhei ela, ela (acompanhante) falou vamos andar rápido, fomos no segurando eu não vi que tinha um buraco na calçada ai eu cai [...]Temos que ter cuidado de observar [...]A gente tem que observar de longe, onde a gente vai passar, se é buraco se alto se baixo. GF*

*[...]Eu sair com a minha filha, nessa ocasião ela falou mãe presta atenção, só que eu fui ligeira quando eu fui ia ser uma queda, ela (filha) me puxou e se não fosse ela eu iria cair de cara, ela perguntou se eu estava bem e falou que era pra eu está enfiada no braço dela mas que não gosto de segurar no braço dela. Acho que a gente tem mesmo que prestar atenção, e outra a gente ia conversando e der repente a gente tropeça e cai. GF*

*[...]Tem que ir andando e olhando pro chão [...] Eu olho principalmente pra pedra [...] Andar e observar na rua se tiver algum lugar, que aqui em Belém acontece, de aparecer um lugar que é cheio de caroço de açaí, não passar por ali mas passar por um lugar que esteja mais livre [...]Prestar atenção por onde anda. GF*

*[...]Não usar tapete, pano de chão, não deixar o chão molhado, para não escorregar. GF*

*[...]tem mais um detalhe, na casa da gente tem bicho, gato e cachorro. Eles atravessam a perna da gente e a gente se segura, porque as vezes eles querem passar na frente da gente, o meu cachorro é assim ele tá lá em cima, quando ele vê que eu vou sair, ele quer descer a escada na minha frente, porque ele quer vim atrás de mim, é um risco [...]A gente tem que ir olhando, na escada e mandar ele ficar quieto [...]Só que na minha casa não tem quintal, o cachorro fica dentro de casa [...]Esse negócio de cachorro é tanto na casa quanto na rua, tenho uma colega que ela caiu na rua por causa dos cachorros. GF*

*[...]Eu sempre andei muito rápido, eu sempre fui preparada pra andar rápido, eu sempre tive horário pra chegar em casa, pra sai, quando chega na casa da minha colega, eu falo rápido, rápido, rápido, eu acho que nunca fui preparada para ser velha. [...]Eu ando rápido pelo as ruas que uma vez eu ia caindo, por causa das*

*causadas altas, e eu não costumo prestar atenção [...]no meu caso eu gosto de andar ai se aparecer uma loja, ai eu não paro para olhar, eu olho e continuo andando. GF*

*[...]Eu acho que a queda é uma questão de sorte, porque eu acho que alguém me aparou, porque eu cair do topo da escada até lá no chão, eu não vim rolando pela escada, eu subir a escada quando eu subi a escada ele gritou que achou o que queria aí eu só dei meia volta e não encontrei o degrau, ai eu fui lá pra baixo, eu só me lembro da minha filha quando eu já estava no pronto socorro, sorte que eu cair de lado, a cabeça ficou com nó muito grande, mas não quebrei nada. GF*

*[...]Quando a gente tem filhos doentes, é difícil de controlar, o chão molhado é porque um dos meus filhos fica se molhando o tempo todo, a mãe dele fica todo tempo falando com ele mas não tem jeito, ai fica um risco pra nós e pra ele que é especial. GF*

*“[...]Eu prefiro andar ligo pela pista, pela beiradinha porque eu não vou por meio. Mas no passeio é onde mais a gente cai porque ele é muito cheio de altos e baixos e é danado pra gente cair! Só na rua eu já caí cinco vezes andando pelo passeio público e na rua mesmo ainda não caí. GF*

*Eu faço hidroginástica faz 12 anos, lá desde quando uma amiga minha caiu no banheiro e quebrou o braço, eles tiveram esse cuidado de fazer os banheiros próprios para pessoas idosas, colocaram as barras, lá tem um apoio muito bom para os idosos pela atenção voltada para gente. Então, temos que ter todos esses cuidados com a gente, no meu banheiro mandei colocar a barra. GF*

Infere-se que os idosos apresentam certos conhecimentos a respeito de prevenção de quedas, principalmente há alguns cuidados referentes a domicilio e nas vias públicas, porém este conhecimento ainda é insuficiente, tanto nos cuidados gerais que os cercam no cotidiano quanto nos comportamentos, necessitando o desenvolvimento de atividades de prevenção que estejam voltados para a compreensão desses idosos em terem comportamentos seguros e autoeficazes.

No que compreende ao terceiro diagnóstico de enfermagem referente ao “Alto ou Baixo nível de Medo de Queda” os idosos relataram que:

*Eu não tenho medo de cair, não tenho. Se eu tiver que andar de sapato meio alto eu ando, não tenho medo de cair [...]mas eu também não tenho medo, sabe o que eu faço? não tem as coisas de cima?! Trepo uma cadeira e subo. GF*

*Eu acho que é ruim ter medo de cair [...]por um lado é bom e outro é ruim, porque o bom é que a gente presta atenção [...]é bom ter medo sim, porque se você tem medo você se previne mais, vai equilibrar, mas também não pode ficar depressivo [...]o*

*medo ruim é aquele que a gente deixa de fazer as coisas [...]medo ruim então é quando fica obcecado por medo e fica sem ação. GF*

*[...]Eu tenho uma amiga que ela tem medo de tudo, e não faz nada até se treme, não "quer enfrentar a realidade [...]Deus me livre, ter medo de passear de fazer as coisas. Nós temos que enfrentar a realidade. GF*

*Esse medo que ela tá falando ai eu não deixo de fazer minhas coisas, não vou viajar de avião porque o avião pode cair, dessas coisas eu não tenho medo, o medo obsessivo que deixa de fazer as coisas, deixa de ir pra um passeio ou alguma coisa por causa do medo, o que tiver que acontecer acontece, eu não me privo de nada, só me previno das coisas. GF*

*Eu tenho medo de ir para o hospital, quebrar alguma coisa e ficar dependendo dos outros, que não tem paciência com a gente [...]eu só tenho medo das consequências da queda, de parar no hospital no caso. De morrer não tenho medo não. GF*

*Eu sofri uma queda no ônibus, com 3 meses eu comecei a sentir as dores e agora fiquei com medo de andar de ônibus, ai eu olho degrau por degrau que estou pisando. GF*

Ao tentar compreender o processo de ter medo ou não de cair, identificamos que houve idosos que disseram não ter medo de cair e que por este fato foram detectados comportamentos de risco para quedas. Houve também aqueles que acreditam que o medo pode se apresentar de duas formas: o medo que é considerado “bom”, pois ele permite que o idoso desenvolva suas atividades instrumental e de vida diária com maior cuidado, atenção e deixando-os em alerta. E a outra concepção é o medo, referente ao medo obcecado de não cair, de não realizar mais as atividades diárias, de não passear, de causar uma depressão. Esse tipo de medo que paralisa o idoso precisa ser superado, analisado e conversado com familiares e profissionais da saúde para que o idoso detecte formas de prevenção que não seja o isolamento mas que sejam modificações comportamentais que tragam segurança ao idoso.

O último diagnóstico de enfermagem refere-se ao “Baixo Conhecimento sobre Processo de Mudança de Comportamento”, a partir das falas que seguem:

*Eu acho que tenho que ser mais precavida, eu acho né, eu estou tentando ficar mais quieta andar devagar, eu estou achando que no meu caso eu estou ficando mais velha e eu não estava preparada para isso. GF*

*Eu penso assim, quando ele morrer (cachorro) que ele já tá velho com 8 anos ai eu não quero criar mais bicho dentro de casa, porque não tem como. Enquanto ele tá lá*

*estarei cuidando. [...]e ele (cachorro) não gosta de ficar na corrente de jeito nenhum.  
GF*

*Essa semana eu capinei, ficam me brigando, mas eu me sinto bem. GF*

Nesse momento levantou-se a questão para os idosos da importância na mudança de comportamento, estimulando a reflexão das ações do cotidiano que são consideradas “simples” pelos idosos, mas que podem ser potenciais fatores de risco para quedas. Assim desenvolveu-se juntamente com os idosos, um plano de ação de enfermagem voltado ao processo analítico reflexivo a respeito de seus comportamentos, cada plano está de acordo com cada diagnóstico levantado:

- 1) O diagnóstico “Risco de Lesão por Queda” teve como plano de ação:
  - ✓ Tomar conhecimento das consequências das quedas;
  - ✓ Tomar conhecimento dos riscos mais graves a respeito de queda.
  
- 2) O diagnóstico “Baixo Conhecimento sobre Prevenção de Quedas” teve como plano de ação:
  - ✓ Tomar conhecimento de principais medidas de prevenção, ordem ambiental, físico e comportamental;
  - ✓ Repensar o que fazer com os perigos existentes no ambiente domiciliar e externo.
  
- 3) O diagnóstico “Alto ou Baixo nível de Medo de Queda” teve como plano de ação:
  - ✓ Repensar nos tipos de medo (falta ou excesso);
  - ✓ Buscar forma de superar o medo de cair.
  
- 4) O diagnóstico “Baixo Conhecimento sobre Processo de Mudança de Comportamento” teve como plano de ação:
  - ✓ Repensar a conduta diária com o chegar dos anos (idade);
  - ✓ Tomar conhecimento de medidas de prevenção a quedas, relativa a minha conduta pessoal;
  - ✓ Aprender a pedir e aceitar ajuda.

Após a definição e discussão acerca dos diagnósticos e planos de cuidados, fixa-se uma tarefa domiciliar para os idosos avaliarem, refletirem e repensarem acerca de seus comportamentos anteriores e identificarem suas mudanças prevendo comportamentos autoeficazes na prevenção de quedas.

#### 5.2.4 Fixação de conhecimentos técnicos acerca de quedas

**Na terceira reunião grupal**, o primeiro momento deu-se com apresentação e discussão da tarefa fixada na reunião passada a respeito de cada idoso identificar comportamentos anteriores e refletir na mudança de tais comportamentos afim de prevenir a queda. De acordo com as falas, os idosos avaliaram tais mudanças:

*Bom eu mudei, no andar na rua, ao subir no ônibus ter mais cuidado, sempre eu vou olhando para o chão, e lembrando das aulas, eu olho pro chão. Antes pra mim eu não estava nem ai, andava ligeiros, não queria nem saber, sempre com pressa. GF*

*E eu é lá em casa no quintal, eu estou mais atenta agora no quintal, eu tenho cuidado de descer na ida para o quintal né?! olha quando eu vou estender roupa eu já fico prestando atenção né?. GF*

*Outra coisa que é bom tomar muito cuidado é quando eu vou tomar banho, saio do banheiro enxugo o pé e calço a sandália de novo. GF*

*Eu parei de fazer as minhas coisas mais rápido, agora é tudo devagar e prestando atenção em tudo. GF*

*Antes o cuidado era menos agora está sendo maior, agora tenho mais cuidado e atenção. GF*

*Eu não prestava atenção no chão, não descia se apoiando, andava com a cabeça erguida, arriscando até eu cair. Agora eu tenho uma atenção melhor, ontem eu quase que eu caía porque estava liso só limo. GF*

*Eu melhorei, agora eu estou andando até mais devagar. E antigamente lá em casa eu ia limpar o negócio de prato o armário eu ia limpar em cima do armário eu subia em um banquinho, subia na pia para depois limpar, e agora não eu ponho uma escada. Eu melhorei muito não leio mais andando, leio parada ali e depois vou embora, antigamente não eu leio andando. GF*

*[...] a gente vai ter mais aqueles cuidados. GF*

Nesse momento de reflexão sobre mudanças de comportamento observou-se que a construção do conhecimento grupal possibilitou aos idosos uma discussão acalorada na revisão

de suas ações no cotidiano e verificaram que apesar dessas ações serem consideradas “simples” entretanto são de suma importância para a prevenção de quedas e que a partir daquele momento estariam reavaliando e modificando seus comportamentos para sentirem-se mais seguros nas suas atividades diárias.

Após esta atividade de reavaliação comportamental, a enfermeira-pesquisadora utilizou o Datashow e Folder para realizar uma aula dialogada a respeito de quedas, seus fatores de risco (biológico, comportamental e ambiental), as consequências e como preveni-las. Os idosos estavam atentos as explicações e alguns participaram ativamente com algumas colocações, como segue:

*Sei mais ou menos, ela falou sobre isso ai é o que está acontecendo com a minha cunhada, até para andar ela tem que se segurar que a úlcera deu nas costas. [...]ela fica todo tempo sentada ou deitada, vou pedir pra ela caminhar um pouco. GF*

*Falta de coordenação que se tiver ruim também né, pode cair [...] A diabete é ruim porque a gente perde um pouco da visão [...]fraqueza nas pernas né [...] eu já me operei de catarata. GF*

Com o término da aula dialogada, realizou-se um sorteio de calçado clínico para idosos, com intuito de exemplificar e estimular medidas de prevenção a quedas e explicar a importância do calçado apropriado para realização de suas atividades seja no domicílio ou em ambientes externos de maneira a lhes proporcionar mais conforto e segurança, diminuindo assim o risco queda.

E após o sorteio, finalizou-se o penúltimo encontro com uma síntese de todo assunto abordado nesta reunião e lembramos os tópicos que iriam ser abordados no último encontro do grupo.

#### 5.2.5 Revisão e avaliação de estratégias educacionais de prevenção de quedas em idosos

No quarto encontro do grupo focal utilizou-se como método de fixação a respeito de quedas e os fatores de risco, a construção de cinco vinhetas que baseavam-se no contexto local (residência/rua), familiar e comportamental. Sendo que, os idosos participantes deveriam em cada vinheta identificar os riscos para quedas que os personagens apresentavam e quais as melhores intervenções tanto para o personagem idoso quanto para os seus familiares. Assim, as intervenções dos idosos seguem abaixo:

Na **primeira vinheta** referiu-se a neta de uma idosa que gosta de um cãozinho, ele bagunceiro e corre por toda casa. Então, qual a orientação que a avó vai dá pra filha e pra neta, enquanto o cão estiver lá? Qual o risco que o cão trás? A partir dessas indagações e de todo processo de enfermagem desenvolvido, os idosos identificaram que:

*[...]O risco é de tropeçar nele e cair. GF*

*[...]uma coisa que falei antes por causa disso, quando ela dá banho no cachorro ele fica liso e sai correndo, se sacudindo, tudo bem que é bicho. Molha a casa fica ruim, eu tenho o meu mas ele fica preso na casa dele, ele tem o espaço dele, ele não fica no meio da gente. GF*

*[...]eu vou recomendar pra ela, que prenda o cãozinho dela na hora que eu tiver que passar para o lugar que o cãozinho dela está, que ele é peralta. GF*

*[...] no meu caso, eu já falei várias vezes pra ele prender ela, não é cachorro pequeno é um vira lata, e ele fica lá pelo chão então ele corre. [...] pra mim que tenho fragilidade no meu corpo pior ainda, eu já caio por nada. GF*

*[...] recomendaria pra ela comprar uma corrente e colocar ele na corrente, num cambão, pra ele não tá correndo ou coisa assim. GF*

*[...]para o cachorro não entrar, na minha opinião não ia entrar. [...]sim a casa é minha. Não quero cachorro nem gato nem nada. GF*

*[...]na minha opinião é não ter bicho, não ter cachorro, porque a minha fragilidade não permite. Não vou deixar de permanecer na sua casa por causa do animal. GF*

*[...]a minha velha não gosta, nem de gato nem de cachorro, lá em casa não tem. Ela não ia deixar ficar em casa, ela mandava levar de volta, porque uma vez um gato a mordeu, pronto, de jeito nenhum, ela mandou dá. GF*

Na **segunda vinheta** referia-se ao Fernando, esposo da dona Berlinda, tendo 72 anos, ele é forte e conserta tudo em casa, troca lâmpada, conserta ventilador, vê se tem goteira e outras coisa mais, vive subindo em um banquinho velho de plástico que é usado pra sentar na cozinha, o que vocês acham disso? O que vocês recomendariam para o seu Fernando? A partir da situação surgiram as seguintes respostas:

*[...] eu não aconselho nenhum idoso a subir escada. Antigamente eu gostava de subir em uma cadeira pra fazer isso pra fazer aquilo, em um telhado, hoje em dia eu não sinto nem vontade. GF*

*[...] está aquela história do pedir ajuda, tem um neto, sobrinho e filho gente alta e fortona porque não pede pra ele. GF*

*[...]o meu filho que coloca o mosqueteiro na minha cama, porque eu não subo. GF*

*[...] se tem um banquinho desse material, eu sai em cima da pia pra limpar o armário lá em cima, e quando a minha filha viu aquilo quase ela teve um negócio, espantada mas se eu for pedir pra ela não vai fazer, eu tenho que fazer. Agora não mais antes, e eu tenho uma escada, mas agora depois da aula não vou mais fazer aquilo. GF*

*[...] para armário eu tenho aquelas vassourinhas de crianças, ai dá pra limpar. [...] olha é mesmo que coisa boa, não tinha pensado nisso. GF*

A **terceira vinheta** envolvia a Nazaré de 68 anos que sofre de diabetes, e costuma ter a vista turva e tem um colesterol descontrolado que fica sempre alto, ela mora com uma filha, que fica sempre com a neta que já é grande, ela precisa ir no comércio, comprar o material que faz artesanato, sempre faz sozinha, e um dia ela caiu na rua voltando para casa, e por sorte não quebrou nenhum osso, mas ela corre o risco de cair novamente ou de até fraturar os ossos, o que vocês acham? Ela tem esse risco de fraturar os ossos, se cair de novo? De acordo com o grupo as respostas foram:

*Tem risco de quebrar um osso, sim. GF*

*[...] calçada ela pode cair. A raiz das arvores das calçadas. [...] da calçada da lajota, a sandália. [...] A diabete dá tontura, perde um pouco da visão. [...] ah tontura. GF*

*Recomendaria pegar um acompanhante a filha ou a neta. [...]tem uma neta que já é grandinha, dá pra acompanhar. GF*

*[...] ela (filha) não cuida de mim, não me dá atenção não me trata, ainda quer que pare de fazer artesanato, isso é minha filha, vou ficar em casa fazendo o que? Olhando pro teto? [...] a gente também não pode ficar parado dentro de casa, temos que fazer alguma coisa, alguma atividade, a gente fazendo uma atividade a gente reativa a memória da gente. GF*

*[...]quando eu peço pra ela (filha) comprar, ela fala “ah, porque eu tenho muita coisa pra fazer, isso e aquilo” já ocupa o tempo dela. [...]porque tem mesmo filho que não gosta de ajudar. [...]tem mesmo. GF*

*[...]no meu caso da queda, em minha casa eu durmo em rede, mas meu filho não me deixa subir, porque o armador é alto, ele que arma pra mim. E agora que eu tive a aula, eu já contei toda a história pra ele. Antes eu subia, agora ele não me deixa subir de jeito nenhum, ele mesmo faz, tá com cuidado, ainda bota baixo ainda. GF*

Seguindo da **quarta vinheta** que se inicia com Fernando, 85 anos, usa bengala por ter artrose e osteoporose, já caiu várias vezes, mora com duas crianças, uma 2 e outro de 6 anos,

seus netos, eles costumam brincar e deixar os brinquedos espalhados pelo chão da sala. O que vocês acham disso? Os idosos consideram que:

*[...] mandar o neto juntar os brinquedos e agasalhar. Dizer que ele pode cair tropeçar, colocar em um saco, agasalhar os brinquedos. GF*

*[...] no meu caso não tenho mais neto pequeno, estão tudo grande, já adolescente, cada um na sua casa. Mas ainda tem filho que vai falar que a gente é enjoada, “ah não vou mais na casa da mamãe que ela é muito enjoada” tem filho que é malcriado. GF*

*[...]nem sempre é fácil conversa dentro de uma família, tem família que escuta. Mas ia você invés de ficar brigando busca intermediar, intermediar o profissional e nós buscamos uma forma de conversar, se o profissional falar surge mais efeito e eles escutam melhor, do que o próprio idoso, a avó. Então busquem intermediar. Eu queria colocar a enfermagem aqui no meio porque um dia nós conversamos e “eu não sabia que a enfermagem faz isso” é momento até que determinada história se eles quiserem conversar com a enfermagem já sabe. GF*

A **última vinheta** é sobre idosa Doralice, 74 anos, orgulhosa de ser esperta e rápida em tudo que faz, mas ela andou levando uns escorregam na rua, pisando em semente de açaí. Outro dia até caiu, por sorte não quebrou, saiu correndo de qualquer jeito para atender a campainha. Ela quer fazer tudo rápido ela usa uma chinela, quer correr. Que tipo de conselho vocês podem dá pra ela? Assim o grupo abordou:

*Ela precisa desacelerar. Ter mais calma, não correr, não precisa correr. [...]agora eu tenho muito conselho, mas na época eu não tinha conselho não, era correr e correr mesmo. GF*

*[...]sempre me falam isso na rua “isso não é mais pra senhora pare com isso”, mas deus é tão maravilhoso que eu conversava e eu me restabelecia naquilo, vivia feliz. Uma vez eu subi no ônibus e o motorista desceu do ônibus para me ajudar, tudo pra me ajudar, motorista e cobrador. Quando eu me sentei uma senhora falou assim, ela falou alto eu fiquei com vergonha, mas não falei uma palavra, “se manca tenha vergonha, isso não é mais pra senhora fazer, pare com isso” todo mundo lá de trás ouviu eu fiquei morta de vergonha. GF*

*[...], o que estamos conversando aqui é justamente fazer as coisas prestando atenção, a história que estamos fazendo é pra você fazerem, mas prestando atenção com calma, se precisar pedir ajuda assim vai. GF*

*[...]fugir do perigo também, porque aqui mostra que ela já pisou no caroço de açaí e caiu, então temos que prestar atenção no dia a dia vê onde está o risco e tentar fugir dele, sempre prestar atenção e pedir ajuda. GF*

*[...]foi vendo que a idade foi chegando, até a idade dizer pare. GF*

*[...]meu filho, lá em casa ele vende cerveja, ai sempre sobra gelo, ai eu mando ele tirar e colocar na geladeira (do freezer para geladeira) quando foi essa semana, ele não tirou e ficou escorrendo na lajota ai eu chamei ele, “tá vendo esse molhado ai? tu só anda correndo, pode cair, que dizer nós dois cair” ai ele enxugou, e arrumou todinho. GF*

Com as histórias de fixação, verificou-se que apesar de poucos dias de reunião grupal, os idosos estavam atentos e participativos ao longo do processo de enfermagem e que a partir das reflexões a respeito dos comportamentos que influenciam para o processo de quedas puderam identificar nos contos os fatores de risco para quedas, destacando riscos ambientais, biológicos e comportamentais, além de indicarem as melhores orientações e cuidados a serem tomados não só pelos idosos, mas também para os familiares que convivem diariamente.

Após a síntese geral de todas as reuniões, os idosos avaliaram o processo de enfermagem como trabalho importante para a prevenção de quedas e para a discussão e reavaliação de seus comportamentos. Destacaram que esse processo deveria ser contínuo e ser desenvolvido em outras instituições de saúde, de acordo com as falas:

*Achei bom, pois alertou a gente para prevenir e não cair. Ajudou eu ter mais cuidado para não cair. GF*

*As explicações que foram dadas aqui durante os dias foram ótimas, realmente me ajudaram muito a pensar mais, eu achei fenomenal. GF*

*[...] Deveriam trabalhar esse trabalho em uma ou posto de saúde independente de bairro. GF*

*Gostei muito do trabalho realizado, achei ótimo!! Falei para minhas filhas tudo que a gente conversou e elas já estão me ajudando na arrumação da casa. GF*

*Vai acabar, mas a instrução dela deveria vir outra pessoa pra continuar, pra gente não esquecer, ter sempre os cuidados e pra gente continuar tendo a aula que a gente teve aqui. GF*

*Valeu!! Estou prestando atenção mais, quando saio na rua. GF*

E após a avaliação dos idosos sobre todas as atividades desenvolvidas, a enfermeira-pesquisadora juntamente com a equipe agradeceu pela participação e compromisso que todos os idosos apresentaram durante o processo e reiterou-se a importância dos idosos em terem comportamentos seguros contra quedas e a relevância deles como agente multiplicadores de conhecimento, no sentido de repassar o que foi discutido e apreendido para a sua comunidade vizinha, família e outros seus pares idosos.

### 5.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES ACERCA DE EXPERIÊNCIAS, CONHECIMENTO E COMPORTAMENTOS FACE A QUEDA NA VIDA DOS IDOSOS

A análise dos dados relativos a experiências, conhecimento e comportamentos face a quedas dos idosos participantes oriundos das ações educacionais realizadas aplicando-se o processo de enfermagem baseado MPS de Pender procedeu-se dentro dos preceitos da PCA que propõe detida indagação das informações obtidas durante o processo da pesquisa no campo. Tal análise operou-se num processo de “dança da PCA” (TRENTINI, PAIM; SILVA, 2014), num *modus operandi* distanciamento e convergência, no estudo de comportamentos dos idosos relativos à quedas os quais eram revertidos em ações educacionais e ao mesmo tempo sofria indagação investigativa profunda com vistas a encontrar novos conhecimentos.

Do aspecto da análise indagativa e profunda do estudo, adotou-se o método da Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que consiste de três momentos: **“pré-análise”**; **“exploração do material”**; e **“tratamento dos resultados, inferência e interpretação”**.

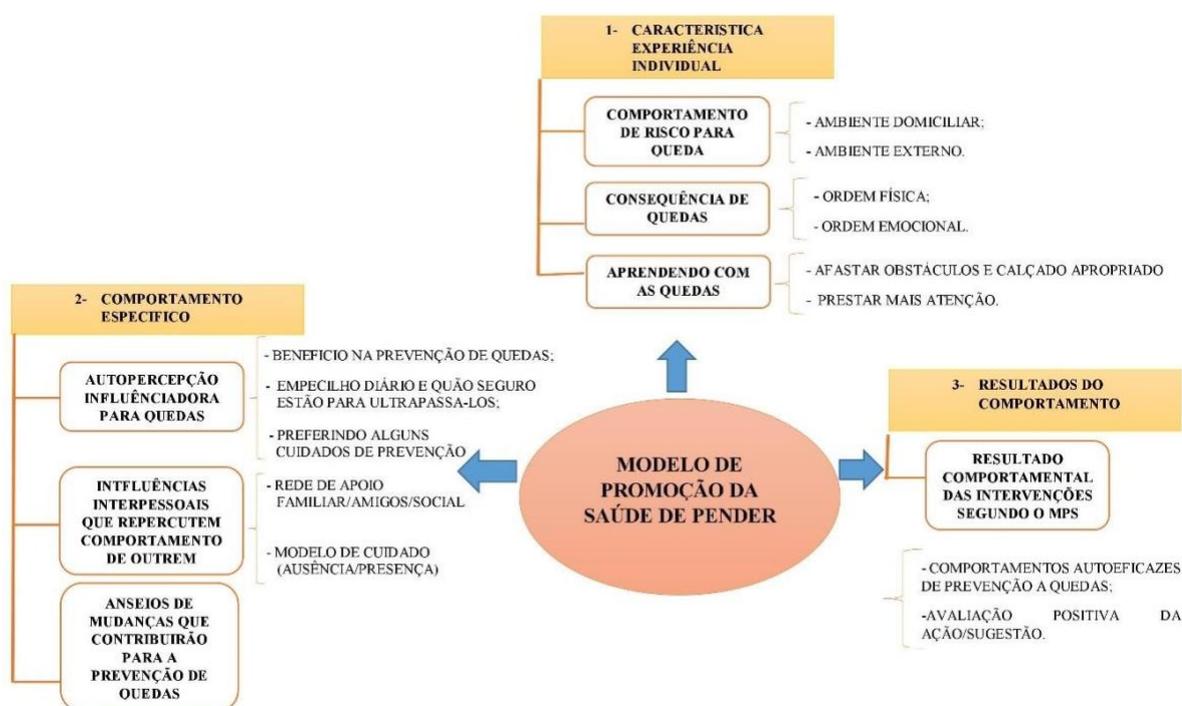
No que concerne à **“pré-análise”**, esta foi desenvolvida transcrevendo-se na íntegra as informações obtidas na aplicação do processo de enfermagem. De posse dessa transcrição, criou-se um quadro que possibilitava a leitura flutuante, tendo como referência a questão de pesquisa para identificar as falas significantes. Dessa maneira, a formação do corpus se constitui a partir da aplicação de quatro regras: 1) Exaustividade, realizado no decorrer da leitura com intuito de identificar os significados; 2) Representatividade, verificando se as falas significantes extraídas representavam o todo; 3) Homogeneidade ocorreu na medida em que a escolha dos documentos obedeceu à conformidade; 4) Pertinência, se revelava na medida que a análise das falas extraídas encontravam-se em consonância com a questão e com os objetivos da pesquisa.

No segundo momento de **“exploração do material”** instituiu-se as unidades de significados condizentes com as falas significantes, agrupando-as de acordo com cada núcleo.

Já no último momento de “tratamento dos resultados, inferência e interpretação” compôs-se um quadro de sequência cronológica de tratamento dos dados, iniciando-se com as falas significantes; as unidades de significados; os núcleos dos significados. Realizava-se ainda o agrupamento dos núcleos que apresentavam significados semelhantes, com intuito posterior de conceber subtemas, temas e inferências de tema central.

Optou-se nesse processo de análise classificar as falas dos idosos nas três grandes categorias explanatórias do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, que são: 1) Características e Experiências Individuais; 2) Comportamentos Específicos e 3) Resultados do Comportamento, segundo figura 2.

Fig.2. Resultados obtidos a partir das 3 grandes categorias do MPS e subcategorias a partir da Análise Temática de Bardin.



### 5.3.1 Categoria 1 – Características e experiências individuais

Esta categoria representa o primeiro componente do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e consiste na ideia de que cada indivíduo apresenta suas características pessoais únicas e cujos comportamentos próprios interferem no seu processo saúde-doença. Nesse estudo o foco está em comportamentos dos idosos em seu cotidiano que podem apresentar-se como preditores de risco para quedas ou que foram responsáveis pelo ocorrência de queda. A apropriação dessa especificidade pode se tornar estratégia da Enfermagem para orientar e

elaborar programas com intuito de prevenir e/ou reabilitar idosos que apresentam risco para quedas ou que já sofreram queda.

### 5.3.1.1 Sub Categoria 1 - Comportamento de risco para queda

A partir das falas dos idosos pôde-se identificar que as quedas entre eles ocorriam frequentemente em dois ambientes: (a) **Ambiente Domiciliar** com fatores de risco presentes como escadas sem barras; banheiros sem equipamentos de segurança; obstáculos à locomoção em quartos, sala, corredores; pisos escorregadios; iluminação deficiente no interior da casa durante a noite; entre outros. b) **Ambientes Externos**, como quintal, calçadas, ruas, ponto de ônibus em más condições de acesso, entre outros, tal como referidos nas falas dos entrevistados.

As quedas no **Ambiente Domiciliar** é objeto de muitos estudos científicos, por envolver vários fatores de risco para idosos indo desde luzes apagadas à noite, banheiro com piso escorregadio e sem proteção, ausência de corrimão em escadas, assentos sem braços ou encosto, desníveis do chão, animais soltos no interior do domicílio, objetos espalhados no interior da casa, uso de calçados inadequados, camas altas e inadequadas, altura inadequada do vaso sanitário, até chão de terra batida (CHEHUEN NETO ET AL., 2018; OMS, 2010; PEREIRA et al. 2017; LEITÃO et al., 2018)

Os idosos pesquisados descreveram seus comportamentos de risco no domicílio, como seguem:

*Eu tropecei e cai da escada e as coisas caíram da minha mão e cai, ai não lembro, quando eu recordei vi duas crianças que eram os meus netos, estavam gritando em cima de mim” (Idoso A). “[...] O rapaz me chamou pra ir procurar o pvc, pra ele ir lá atrás fazer o forro do banheiro só que quando eu cheguei lá no topo da escada, ele já tinha achado, ai eu fui dar a volta pra descer a escada ai eu cai ai eu não lembro mais de nada (Idoso F).*

*Eu fui tomar banho no banheiro, a sandália emborcou/virou no meu pé ai lá fui eu, se não fosse a parede eu ia cair de cara no chão ou na vasilha que apara a água” (Idoso A). “[...] Uma no banheiro quando fui abrir o chuveiro que fica alto, ai estava sem chinelo e quando me pendurei eu escorreguei e peguei na pia (Idoso C).*

*Dentro de casa na sala eu tropecei no banquinho e cai de peito no chão, eu fiquei pensando se não quebrou nada porque eu tinha operado de vesícula e o médico disse que era pra evitar cair de estomago no chão, ai quando cai veio na minha cabeça o medo de ter estourado alguma coisa e iria morrer” (Idoso A). “[...] “A última foi na porta do meu quarto e tinha um sapato tropecei e quase cai (Idoso A).*

*A primeira queda foi no quintal, eu também tropecei escorreguei e cai sentada né? Diversas vezes já cai no quintal três vezes no quintal sempre assim, uma vez cai de joelho e as vezes assim sentada, né?” (Idoso C). [...] “Agora a parte de cima, cair lavando quando eu escorreguei (mas tava com sandália), ai bati a minha costela fiquei com umas dores bati, fique com medo de ter quebrado algumas coisa (Idoso C).*

*[...]Eu cair estava fazendo uma limpeza na casa aí eu cair, mas eu cai sentada e essa foi a primeira vez e a segunda eu cai na rua, eu desci do ônibus e cair na rua (Idoso E)*

*[...] Cai também no corredor também que tava liso e não vi que tava molhado que teve uma goteira e eu escorreguei e cai com a cabeça bem no canto da parede se fosse mais aqui no canto tinha quebrado a cabeça (Idoso C).*

O comportamento propício para cair em escadas foi observado em pesquisa de Chehuen Neto et al. (2018), realizada com 473 idosos em Juiz de Fora – MG, para identificar fatores de risco domiciliares. Entre seus resultados constatou-se que idosos estavam expostos à 20 fatores de risco domiciliares e que a maioria deles (78%) contribuíram para ocorrência de queda e duas situações a destacar foram a pouca atenção ao subir/descer escada e o hábito de deixar as luzes apagadas à noite.

Por certo que a escada significa um problema para o idoso, no entanto seus elementos inseguros podem ser facilmente identificados e corrigidos, com avaliação de degraus irregulares, muito altos ou muitos estreitos, superfícies escorregadias, quinas não marcadas, corrimões descontínuos ou mal ajustados para a empunhadura, e iluminação inadequada ou excessiva (OMS, 2010).

Entre os locais que ocorrem quedas, o banheiro tem sido alvo importante de pesquisas na literatura nacional. Pereira et al. (2017) constataram em seu estudo que as quedas em idosos a maioria delas ocorre no ambiente domiciliar, particularmente no banheiro onde o piso escorregadio foi encontrado em 97,7% dos domicílios investigados, determinando as quedas.

Uma revisão integrativa de 35 artigos sobre epidemiologia de quedas entre idosos no Brasil (Leitão et al., 2018) constatou-se que o domicílio, no período diurno, é o cenário mais frequente de quedas e sendo os comportamentos mais comuns para a ocorrência de quedas foram: tropeço, escorregão, tontura e existência de desnível no piso. Concluíram que alguns fatores associados às quedas em idosos no Brasil são modificáveis e, portanto, possíveis de prevenção e com redução da morbimortalidade na população de idosos.

Vieira et al. (2017) analisaram que os idosos com saúde têm a probabilidade de cair durante a realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que são as

habilidades que realizam para administrar o ambiente em que vive e constataram que as mesmas predisõem ao escorregão e as quedas. Além disso, idosos frágeis caem em atividades rotineiras como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama. Verifica-se assim que são complexos os elementos responsáveis pela ocorrência de quedas por envolver distintas situações vivenciadas pelos idosos.

As experiências individuais que influenciam idosos a apresentarem comportamentos suscetíveis às quedas também estão relacionados aos **Ambientes externos**, como apresentados na falas dos idosos:

*Eu vinha na rua do comércio e eu pisei naquela parte que tem de mármore, bem aqui na beira aí e eu acho que o mármore estava molhado e eu escorreguei (Idoso B).*

*[...] a segunda eu cai na rua, eu desci do ônibus e cair na rua (Idoso E). [...] Um das quedas eu vinha da ufpa pra casa, a gente ia e vinha apanhar o ônibus na pista e vinha um monte de gente e todo mundo apressado e eu apressada também, quando eu desabei e cair (Idoso D).*

*Uma foi na rua, eu estava com uma sandália que não é do tamanho do meu pé, e ela enrolou na ponta e eu cair, mas não houve problema de quebrar nada (Idoso B). [...] Cai 5 vezes, todas foram na rua. Teve uma queda que o bico da minha sandália dobrou e eu cai e as outras vezes eu não enxerguei o degrau porque não vejo muito bem (Idoso G). [...] E o outro foi na rua que tropecei no ferro a sandália virou e eu cai (Idoso C).*

*[...] uma vez eu vinha da feira com umas sacolas e na minha casa tem uma grade assim na frente e eu peguei a sacola e botei na grade, e quando vinha uma menina queria falar com ela e vinha ao longe e vinha outra menina na minha frente que parou pra conversar com a menina, aí eu levantei a cabeça quando eu levantei a cabeça na porta da minha casa parada eu cai (Idoso D).*

Os fatores relacionados ao ambiente público representam causas frequentes de quedas em idosos. Mesmos percursos em rotas bem conhecidas podem levar a quedas, como consequência de *design* inadequado das edificações e pouca atenção aos fatores de segurança. Os principais fatores problemáticos são as calçadas mal conservadas e irregulares, obstáculos sem sinalização clara, superfícies escorregadias, iluminação inadequada, enfim tudo contribuindo para desequilibrar a marcha do idoso, resultando em queda (OMS, 2010).

A circunstância de quedas nos ônibus passa pela qualidade dos serviços públicos de transportes que, associado às barreiras ambientais urbanas, contribui para a ocorrência deste evento. As barreiras dizem respeito ao pobre acesso de transporte público, má sinalização de

orientação visual para trânsito e para pedestres e acessos difíceis às atividades recreativas têm sido empecilho à mobilidade dos idosos (GOMES; CAMACHO, 2017).

Ainda, o uso de calçados, como as sandálias, mal ajustadas são um comportamento de risco de importância no ambiente externo. O uso de chinelos com solas escorregadias aumentam o risco de escorregar e cair. Os sapatos apropriados são de particular importância na prevenção de quedas (OMS, 2010).

O espaço público sem ordenamento contribui ainda mais para quedas a quem usa calçados impróprios. É esperado que intervenções urbanas de planejamento urbano incluam remover barreiras, estabelecer normas de acessibilidade e garantir segurança em edificações, no transporte e no uso de tecnologias de informação e comunicação, visando seu impacto sobre a segurança e a mobilidade dos idosos (GOMES; CAMACHO, 2017).

Os fatores ambientais externos e que levam os nossos protagonistas a assumir um comportamento suscetível às quedas podem e devem ser discutidos no contexto da atuação da enfermagem junto aos usuários idosos na Atenção Básica de Saúde diante da mobilidade urbana, visando à acessibilidade desse estrato populacional. Compete à equipe de enfermagem fazer a busca ativa avaliando riscos ambientais e fatores predisponentes para quedas, considerando os hábitos e comportamentos de saúde do idoso em seu contexto de vida (GOMES; CAMACHO, 2017). Estes autores consideram que essa busca deve ter característica preventiva e estar voltada para a autonomia dos idosos, procurando reduzir as ocorrências de quedas e hospitalizações. Concluem que a atuação da enfermagem pode gerar impacto em melhores condições físico e funcionais no processo de envelhecimento.

### 5.3.1.2 Sub Categoria 2 – Consequências das Quedas

As consequências do evento quedas em idosos caidores estão relacionadas a danos de duas ordens: (a) **Ordem Física**, como problemas e lesões físico-funcionais em diferentes níveis de gravidade à de (b) **Ordem Emocional**, como o sentimento de medo de cair induzindo o idoso a um estado de inatividade.

Seguem as consequências das quedas de ordem física manifestadas pelas idosas:

*Ai quando os meus netos me sentaram, ai ficou em modo dormente (senti o problema na coluna aqui, que ficou doendo) [...] Ai comecei com a dor na costa, com o tempo na dor na perna mas não ligava porque pensava que era da queda, ai a dor na cabeça (ficava tonta) eu tinha muita dor de ouvido e ai foi até eu cair agora. [...] doeu a*

*coluna não só a coluna como a perna e quando sai do banheiro sai quase de quatro... (Idoso A).*

*[...] Pelo menos que eu tô passando é uma coisa bem difícil de se viver, tem horas que dá vontade de jogar tudo pro alto sai gritando e se atirar no primeiro carro que aparece (Idoso A).*

*A minha colega quebrou o braço porque ela saiu do supermercado e tinha um bocado de coisa que tinha ali e escorregou e quebrou o braço em duas partes (Idoso C). [...] O meu braço saiu do lugar, com as injeções que eles me deram que eu estava com muita dor, voltou ele mexeu e de lá para cá comecei a sentir a dor nas costas e depois também fiquei boa, não sentir mais nada (Idoso F).*

Esses relatos mostram que os sintomas físico e funcionais, derivados de quedas, têm também impacto psicológico podendo desencadear estado depressivo no idoso. Os sintomas depressivos são mais prevalentes em pessoas idosas com queda recorrente e que são manifestadas em forma de ansiedade, angústia e preocupação (SOUSA et al., 2016).

Por certo as consequências de quedas de ordem físicas são agravos que incomodam os idosos. Estudos de Moraes et al. (2019) mostraram que a maioria dos 381 idosos caidores pesquisados em atendimento ambulatorial de geriatria e gerontologia se apresentaram-se frágeis em 14,7% e pré-frágeis em 57% e com instabilidade postural em 16,3%. O marcador com maior prevalência foi à diminuição do nível de atividade física seguido de autorrelato de fadiga e exaustão, redução da velocidade da marcha, força de preensão manual diminuída, e perda de peso não intencional. Esses autores citam um estudo realizado em Michigan, USA que identificou, em decorrência de quedas em idosos, problemas de equilíbrio como: instabilidade postural (61,3%), tontura (49%), desmaio (40,8%), vertigem (36,8%), flutuação (25%) e alterações na visão durante a rotação da cabeça, com 24%.

Considerando aqui que a presença de instabilidade postural, com problema na costa/coluna, como principal consequência de quedas, coloca o idoso em uma situação de fragilidade, com impedimento de realizar suas Atividades da Vida Diária. Diante desse grave sintoma físico este tem que ser objeto de cuidados gerontológicos de enfermagem na Atenção Básica, visando à reabilitação postural do idoso.

As deficiências físicas nos membros associadas às quedas foram objetos de investigação de Pereira et al. (2017). Seus resultados mostraram fraturas de pernas e/ou joelhos (34,3%); de quadril (25,7%); de ombros e/ou braços (24,3%); e de pulsos e/ou mãos (15,7%). Concluíram que a maioria dos longevos (80,0%) atribuiu às quedas, a altura, isto é, caíram enquanto deambulavam e a principal causa apontada foi o escorregamento (45,1%) e o tropeço (26,2%).

Vieira et al. (2018) reforçam estes indicadores de problema nos membros, identificado em idosos sujeitos deste trabalho. Entrevistaram idosos com mais de 60 anos na zona urbana de Pelotas, RS e seus resultados indicaram que: 12,1% tiveram fratura como consequência de Quedas, sendo a de membros inferiores a mais relatada. A prevalência de quedas foi maior em mulheres, idosos com idade avançada, de menor renda e escolaridade, com incapacidade funcional para atividades instrumentais e portadores de enfermidades como diabetes, doença cardíaca e artrite.

As consequências das quedas de **Ordem Emocional** significam também fatores que interferem na saúde mental na pós-queda como, por exemplo, o Sentimento de medo, o qual provoca o isolamento social e redução na realização das atividades de vida diária (AVD). De fato, o sentimento de medo vem se apresentando como umas das principais consequências das quedas entre os nossos protagonistas, conforme as falas:

*Eu aprendi da seguinte forma medo trauma e medo de andar só. [...] Eu fico preocupado de eu cair e o modo de eu subir no ônibus, esses cuidados eu aprendi agora com as quedas que eu cai (Idoso E).*

O sentimento de medo vem aparecendo nos resultados de muitas pesquisas sobre quedas na velhice. Luzardo et al. (2017) estudaram a queda de idosos desvelando situações de vulnerabilidade entre esta população e constataram o surgimento de categorias de eixo temático para quedas: primeiro atendimento e hospitalização; causalidade da queda; significados e sentimentos provocados pela queda. Concluíram que as quedas têm significado de medo para o idoso, com sentimento de culpa, incapacidade e perda de autonomia. Constataram ainda que o medo de cair entre as mulheres idosas foi associado com a redução da atividade física (19%); obesidade (21%); e comprometimento de realizar a AVD.

O medo, decorrente de quedas, foi o escopo da Revisão sistemática de literatura de Sousa et al. (2016). Os autores constataram e concluíram pelo surgimento de duas novas categorias de fatores: os psicológicos e socioeconômicos. Na categoria dos fatores psicológicos, os estudos confirmaram o medo de cair (n=14) como um dos fatores mais importantes de risco de queda no idoso. Este medo de cair está associado à execução das atividades de vida diária (básicas e instrumentais), tais como higiene, vestuário, uso de sanitário, subir/descer escadas, usar transporte público e fazer compras.

Assim, “o simples medo de cair” pode limitar bastante a funcionalidade do idoso e até mesmo deixá-lo restrito ao leito ou poltrona, facilitando o advento da síndrome de imobilidade.

Tal medo deve ser abordado pelos profissionais de saúde, a fim de torná-lo algo útil para a prevenção de quedas, porém sempre evitando a imobilidade e a perda funcional” (LEITÃO et al., p. 177).

Com isso, o medo pode levar a um declínio da qualidade de vida de maneira geral, e mesmo aumentar o risco de quedas em razão da redução de atividades necessárias para manter a autoestima, a confiança, a força e o equilíbrio. Adicionalmente, o medo pode levar a mudanças mal adaptadas no controle do equilíbrio que podem aumentar o risco para quedas. “Pessoas que têm medo de cair também tendem a ter menor confiança em sua capacidade de evitar ou gerenciar as quedas, o que aumenta o risco de caírem novamente” (OMS, 2010, p. 28).

Considera-se ser de vital importância a identificação de fatores psicológicos, decorrentes de risco de queda, para orientar os programas comunitários de Atenção Básica para tratar o Sentimento de medo, de modo a melhorar a saúde mental do idoso, como estratégia para reduzir e prevenir quedas.

### 5.3.1.3 Sub Categoria 3 - Aprendendo com as quedas

Após vivenciar pelo menos uma queda, os idosos da pesquisa apresentaram modificações em alguns de seus comportamentos, com intuito de diminuir o risco para novas quedas. Ou seja, ao longo de suas experiências de quedas, os idosos aprenderam a ter cuidados para evita-las, destacando que os cuidados apreendidos são referente aos fatores que levaram a cair. Assim, o foco das aprendizagens nas falas dos idosos tem destaque em: a) **Afastar obstáculos e calçado apropriado** e b) **Prestar mais atenção**.

**O afastar obstáculos e calçado apropriado** tem se mostrado importante comportamento assumido pelo idoso, como estratégia para enfrentar e prevenir quedas, como demonstra nas próprias falas:

*Que não tenha nada que esteja empatando a gente no caminho, eu acho que não entrar no banheiro molhado, não deixar nada pelo caminho, como falo pro pessoal tem uma mania de botar um tapete na porta do corredor que dá pra sala ai bota o tapete lá, a sandália fica lá. [...] Ai quando passo tenho que ficar afastando pro lado pra passar. Tem que deixar do lado (Idoso A).*

*Preciso usar um sapato que seja antiderrapante (Idoso B). [...] Ter cuidado pra sandália não virar (Idoso C). [...] Tenho também o cuidado de ficar olhando pro chão a sandália se ela for uma borracha mole ela engata as vezes no chão no cimento em alguma coisa em cima em baixo (Idoso E). [...] Apesar de andar calçada, mas a sandália ela me traz prejuízo, porque a ponta dela dobra e me faz cair. Até o sapato*

*fechado me traz prejuízo, porque às vezes ele me faz escorregar, então tenho que ter cuidado com o calçado (Idoso E).*

*[...] Aprendi de ter um calçado adequado pra não cair, escorregar ou tropeçar. Aprendi vamos dizer assim, a minha filha comprou essa sandália, então eu acho esse bico dela muito grande então sempre que eu tropeço e caio eu levo isso a sério, porque eu acho esse bico muito grande e acho esse bico fica mais fácil de eu tropeçar (Idoso G).*

Este resultado se aproxima da pesquisa de Araújo et al. (2016), que estudaram a preocupação com quedas em 80 pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral, em Pernambuco. Seus resultados mostraram que existe uma Preocupação Extrema (PE) a respeito da possibilidade de cair na maior parte dos idosos do sexo feminino, entre 60-79 anos e com baixa renda mensal. Concluíram que os idosos ficam muito preocupados com os objetos espalhados no chão que encontram pela frente que dificultam o seu ir e vir e que possam levar às quedas.

Este resultado permite inferir que a enfermagem deve estabelecer ações integrais que contemplem o mapeamento de obstáculos nos domicílios dos idosos, com a perspectiva de promover educação e conscientização das vítimas de quedas e de seus familiares, visando à prevenção deste evento, a partir da Atenção Básica de saúde

A aprendizagem com as quedas sofridas leva os idosos a **prestar mais Atenção** como estratégia para não incorrer em novas quedas, durante a sua locomoção no ambiente domiciliar e externo, durante seus afazeres domésticos ou profissional e social, como se pode constatar nas seguintes falas:

*Aprendi a prestar mais atenção; Aprendi a olhar por onde eu ando (Idoso B). [...] Eu aprendi a ir olhando bem, ter cuidado de quando chover ver se está molhado e ir logo enxugando (Idoso C). [...] Eu subo com coisas nas mãos, mas aprendi a subir com cuidado, é mais negócio de roupa, que minha roupa fica tudo lá em cima (Idoso F).*

*Cuidado em termo de olhar pro chão pra eu não cair, medo de tropeçar e cair, tenho esse cuidado. [...] Tenho também o cuidado de ficar olhando pro chão a sandália se ela for uma borracha mole ela engata as vezes no chão no cimento em alguma coisa em cima em baixo, onde está quebrado ou tenha um buraco, ai ter uma atenção de estar olhando para o chão pra não cair, que a gente fica com medo de cair. [...] Observo mais pra andar, deixo de ficar olhando pra cima pra olhar pra baixo, e evitar de tropeçar e cair. Tenho cuidado em descer do ônibus porque quando eu vou colocar o primeiro pé a tendência é eu olhar pra vê se meu pé está firme no primeiro degrau do ônibus e segurar nos ferros (Idoso E).*

*Eu aprendi assim, subo com cuidado, fico me segurando pela parede, colocando a mão vou bem pelo cantinho (Idoso F).*

*[...] Aprendi ser menos apressada, ando bem devagarinho, mas mesmo assim... (Idoso D).*

A questão da precaução na pesquisa de Vitorino et al. (2017), toma como referência estudo populacional com 9.033 sul-coreanos onde se constatou que idosos acima de 75 anos de idade apresentam mais precaução do que os idosos mais jovens. O aumento da idade entre idosos também se associa ao maior medo de cair também é revelado em outros estudos argumentam que o medo leva o idoso a ser mais atencioso e tomar precauções eficazes para não incorrer em quedas.

Ou seja, nota-se que a experiência com as quedas leva os idosos assumir comportamento de Atenção e Precaução, criando estratégia de enfrentamento para prevenir ou contornar fatores de riscos para quedas, seja no ambiente domiciliar, seja no ambiente externo.

Com base na análise das características e experiências individuais narradas pelos protagonistas desta pesquisa, esses idosos caem com maior frequência: na escada, banheiro, por obstáculo encontrados, por escorregão e tropeços (no ambiente domiciliar) e nas ruas e calçadas, na hora de apanhar ônibus (no ambiente externo).

Compreende-se a importância do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola J. Pender na Atenção Básica, com intuito de avaliar especificamente o Comportamento de risco para queda, o qual possa contribuir para desenvolver ações para promoção de saúde voltado a comportamentos seguros e autoeficazes na prevenção de quedas.

### 5.3.2 Categoria II: Comportamentos Específicos

#### 5.3.2.1 Autopercepção Influenciadora para Quedas

##### 5.3.2.1.1 Sub Categoria 1 - Benefícios na Prevenção de Quedas

Os idosos sabem que a queda é algo prejudicial e que vai afetar a saúde deles, por isso narram que é importante realizar a prevenção para que não venham sofrer as consequências deste tipo de acidente.

*Vai trazer saúde, né?! Tranquilidade. Se você não cai você não adocece, a queda pode ser simples, mas ela deixa uma consequência muito horrível, tá certo que não quebra não fratura mas deixa muita dores (Idoso 1)*

*Eu acho fico chateada quando eu caio, porque as vezes eu quero andar rápido e eu não posso por que estou com o joelho machucado (Idoso 2)*

*Se não cair eu me sinto bem, no sentido de assim, quando eu caio eu não posso ir pra academia, e a academia é uma coisa muito boa, ai uma semana eu não vou pra academia porque meu joelho fica doendo muito. (Idoso 2)*

*E não cair eu não fico com marca na minha perna, marca na pele, eu tenho horror de marca em pele (Idoso 2)*

*A gente tem que ter o cuidado né?! Ter aquele cuidado de não cair porque a gente já sabe que caindo pode quebrar alguma coisa, os ossos da gente. Então esse benefício é cuidado mesmo, esse de não fraturar, esse que tenho medo de fraturar... (Idoso 3)*

*De evitar de passar um susto, a gente se assusta mesmo na hora da queda e vergonha não adianta ter porque todo mundo cai. (Idoso 4)*

*A queda desgasta mais a gente então não caindo eu me afirmo mais e tenho mais segurança. (Idoso 4)*

*Não caindo é muito bom porque eu vou ter aquele cuidado, não vou tirar mais aquela preocupação de eu não cair, de repente eu caio fraturei um braço uma perna ai os cuidados fica maior (Idoso 5)*

*Eu não caindo, vou ter saúde e não vou me machucar de maneira nenhuma e nem quebrar o joelho, o dedo do pé ou até mesmo o pé, o joelho se ralar. (Idoso 5)*

*A queda sempre traz consequências, pode quebra um braço, uma perna a bacia, e não caindo é melhor, não causa esses problemas. Fica mais saudável, pra poder fazer as minhas atividades (Idoso 6)*

*Eu esquecendo a sandália e calçando uma perca, pode ajudar a evitar a queda (Idoso 7)*

Importante ressaltar que a queda resulta da incapacidade da mecânica postural do corpo em manter uma posição ereta em razão da desestabilização interna ou externa. No idoso as principais causas de quedas em sua grande parte estão relacionadas às mudanças fisiológicas do envelhecimento, ao uso de medicamentos, a doenças associadas e a fatores ambientais (CAMPOS, 2007), por isso eles mostram estar atentos quanto aos episódios de queda e se preocupam em fazer a prevenção destas.

De acordo com Carvalho et al. (2010), a queda assim como sua recorrência, leva a um comprometimento da independência funcional, ou seja, da autonomia, gerando um quadro de vulnerabilidade que compromete até mesmo o aspecto emocional, uma vez que a maioria da população idosa se encontra frágil por sua condição de perdas, associada ao processo de envelhecer.

Outro ponto importante de frisar e visto em algumas falas dos idosos, a recorrência de quedas remete o idoso à ideia de “normalidade” frente ao episódio de cair. O indivíduo conforma-se com seu estado de velhice e limita-se a viver e conviver somente no espaço de casa. Sendo assim, cabe aos profissionais da saúde conscientizar esses idosos de que a recorrência de quedas pode ser prevenida através de cuidados multidimensionais, evitando-se, desta forma, as repercussões negativas que esse incidente traz (CARVALHO et al., 2010).

#### 5.3.2.1.2 Sub Categoria 2 - Empecilho diário e quão seguro estão para ultrapassá-los

Conforme as narrativas dos idosos, os empecilhos recorrentes em que os idosos enfrentam diariamente e que afetam a sua segurança, porém pretendem superá-los, são:

*Os meus filhos não ajudam: deixam o banheiro molhado, sapato espalhado no corredor. E a dificuldade financeira que sempre existiu. (Idoso 1)*

*...no momento eu não vejo nenhuma dificuldade porque eu posso comprar um sapato... (Idoso 2)*

*Por enquanto tendo condições de comprar um sapato melhor e que custa mais caro. E também não tenho outra barreira. (Idoso 2)*

*A minha é dificuldade é de ajuda porque eu sou assim peço pra fazer uma coisa e não vem fazer ou demora a fazer ai eu faço logo, eu chamo a pessoa e não vem fazer na hora. Ai eu digo: poxa vocês não querem me ajudar e um dia que acontecer alguma coisa comigo ai vocês depois vão correr comigo (Idoso 3)*

*Não tenho nenhuma dificuldade. Na minha casa não tem como eu cair, minha casa é cair e bater assim em alguma coisa, não tem nem mesa nem nada. (Idoso 4)*

*Na rua tinha medo escorrego e tropeças em alguma coisa, mas agora não tenho mais dificuldade, porque agora qualquer coisa tenho o apoio (bengala) e na calçada eu subo e desço normal, pra descer eu coloco a bengala primeiro me afirmo e desço (Idoso 4)*

*A dificuldade é a financeira, sei que falta um sapato adequado mas eu não tenho dinheiro, não tenho como comprar, ai eu já me preocupo, porque se eu sair com esse sapato eu já não quero mais ir com ele, eu já quero ir com outro sapato, mas pelo medo de cair na rua. Então a barreira maior é mais a financeira, querer ter o cuidado mas as vezes não tem como (Idoso 5)*

*...a minha casa agora vai ser em cima, ai não tem como mudar isso, porque o bar é em baixo ai vou ter que subir escada direto, diariamente (Idoso 6)*

*Tenho dificuldade financeira, porque eu ganho só uma pensão e ai não tem condições de fazer tudo que quero dentro de casa (Idoso 6)*

*A dificuldade é não enxergar como antes e ai não vejo as vezes o degrau, ai tropeço e caio. (Idoso 7)*

No meio do convívio familiar e social dos idosos existem muitos empecilhos e barreiras que os colocam em circunstância de risco as quedas e que, conta disso, não conseguem evitar a ocorrência deste evento. O pior que, dependendo da natureza da circunstância em que vivência, essa situação afeta a segurança do idoso. Ou seja, estes empecilhos e barreiras são variáveis que tem relação direta com o comportamento de (in)segurança do idoso e que, em última instância, pode resultar em quedas.

Certamente que a desatenção às necessidades do idoso contribui para aumentar a sua vulnerabilidade, quando se encontra desamparado dentro da sua própria família. Contribui para isso um conjunto de complicações no âmbito familiar, como insuficiências materiais, psicológicas, afetivas, de saúde, as quais têm levado a situações de negligência significando potencial agressão ao idoso. Muito pelo contrário disso, a compreensão, o amor e a paciência são os sentimentos que deveriam nortear a família afetada pelas repercussões na pós-queda em seus idosos, com carinho, amparo, compreensão e amor (CARVALHO et al., 2010).

Acredita-se que o comportamento de baixa segurança dos idosos em um contexto de risco de queda deve ser corrigido pela equipe de enfermagem, dada a gravidade desta situação. CARVALHO et al., 2010, p. 13) enfatizam que os sentimentos de vulnerabilidade e insegurança estão presentes em qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, porém, quando se trata de indivíduos que se veem fragilizados diante do processo natural de envelhecer, “tornar-se dependente é sinônimo de perda total da autonomia, uma vez que se encontram numa sociedade em que estar velho representa isolamento social e restrição nas ações”.

Também é importante ressaltar esta falta de apoio familiar para a realização das AVD que coloca o idoso em um comportamento de risco, apesar de ser uma autonomia nos seus afazeres do dia a dia, pois, assim como a ausência de familiares e cuidadores é prejudicial a este indivíduo, muitas das atitudes protetoras também acarretam impactos ainda maiores na vida do idoso e prejudicam também suas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), como realizar compras, preparar refeições e limpar a casa (CARVALHO et al., 2010).

Muitos idosos em função das dificuldades financeiras que resultam em quedas é discutido por Silva et al. (2012), que analisaram a prevalência de quedas e de fatores associados em 205 idosos de etnias negra, branca, parda ou amarela, atendidos em centros comunitários da

terceira idade em bairros da zona leste do município de São Paulo. Seus resultados evidenciaram: Mobilidade reduzida ( $p < 0,013$ ); baixa renda familiar ( $p < 0,029$ ); ocorrência de quedas ( $p < 0,006$ ); e medo de quedas ( $p < 0,023$ ). Concluíram que os negros caem com maior frequência; com forte relação entre etnia e ocorrência de quedas, medo de cair, limitação funcional e risco de quedas por mobilidade reduzida, frequência maior de quedas aos idosos negros, ainda que a maior parte da amostra (48,5%) fosse constituída por brancos.

Ou seja, as quedas mais frequente entre a população negra e/ou que baixo status socioeconômico, como os idosos desta pesquisa, que têm saúde deficiente (SILVA et al., 2012). Estes autores argumentam que pessoas vivendo sob realidade da pobreza estão mais expostas a riscos físicos, químicos, bioquímicos, biológicos e psicológicos que afetam sua saúde, ou seja, a população idosa negra, por apresentar menor renda familiar, é mais propensa as quedas. Ao contrário, quando o estilo de vida é mais saudável, se têm melhor qualidade de vida, cujo contexto é encontrado em classes mais altas e com menor propensão as quedas.

Além da falta de recursos financeiros, a falta de informação em relação aos eventos de quedas. As evidências revelaram baixo comportamento de segurança da população entrevistada (98,6%), por nunca terem sido alertados para os riscos de queda (61,3%), principalmente quanto à escolha das medidas preventivas (OLIVEIRA; BAIXINHO; HENRIQUES, 2018).

Outro resultado importante é que grande parte dos idosos apresenta condição visual ruim, mesmo com o uso de óculos, o que facilita as quedas, ainda que a maioria tenha boa capacidade auditiva (COSTA et al., 2011).

Antes, D'Orsi e Benedetti (2013) investigaram as circunstâncias e consequências das quedas e os fatores associados às limitações para realizar atividades após a queda. Seus resultados apontaram que a maioria (43,2%) dos idosos caiu dentro do domicílio, sendo que a principal circunstância da queda foi tropeço devido a irregularidades no chão. Em 71% dos idosos as quedas ocasionaram lesão e 14,8% mencionaram limitações para atividades após a queda. Este estudo constatou associação significativa entre a limitação para realizar AVD após a queda, seguida de fratura.

Conclui-se que as experiências individuais com as quedas e, para isso, as suas necessidades de prevenção devem ser trabalhadas, tornando-se um 'sujeito agente' deste processo de mudança, isto é: tem que ser auto-organização, proatividade, autoregulação e autoflexibilidade, capaz de influenciar de modo intencional o próprio funcionamento e as circunstâncias de sua trajetória de vida, com mudanças no seu comportamento e no autodesenvolvimento; e não sendo produto do meio e/ou da estrutura do padrão social (BANDURA, 2008).

### 5.3.2.1.3 Sub Categoria 3 - Preferindo alguns cuidados de prevenção

No geral, a vivência e a experiência com as quedas levam os idosos a mudar de Comportamento em favor da precaução e prevenção, como estratégia para enfrentar a ocorrência deste evento, tornando-se mais sensível aos fatores de riscos relacionados às quedas. É justamente nesta linha de raciocínio que se enquadram os idosos pesquisados, pois buscam táticas de prevenção de quedas.

*Se tá molhado não vou mais, pra ir pro meu quintal botei umas tabuas pra não sujar a casa de lama e ficar lisa, ai ontem eu falei tem que manter isso enxuto, ai quando cheguei só tá pedaço de pau podre por cima ai posso cair, então tem 3 dias que não vou pro meu quintal (pode causar queda porque se passar com a sandália em cima do pau podre derrapa e cai – é barro e escorrega), eu já evito de ir no banheiro, já vou nas últimas horas ir no banheiro, sei lá já fico com receio. Manter limpo a sala. (Idoso 1)*

*Prestando mais atenção, eu estou mais atenta eu ando olhando tudo, eu não tinha o costume de olhar agora eu vou olhando e vou andando; E o sapato tem que ser antiderrapante (Idoso 2)*

*Presto atenção por onde vou andando, o que vou fazer, cuidado com chinelo, ando calçada, quando vejo que o chinelo está coisa, ela não tem segurança ela fica lisa (ai troco), tenho esse cuidado tanto pra mim quanto pra minha cunhada. (Idoso 3)*

*Eu tenho cuidado tanto dentro quanto fora, cuidado assim de eu não tropeçar de chinela, escorregar porque a pior coisa é escorregar, se tem uma coisa assim e se tiver outro lugar pra você ir você vai por ali, não vai por ali é arriscado. Por exemplo, eu falo até isso pras minhas colegas, não vão por ali onde tem caroço de açaí, não passa por ali que ele escorrega, ele roda (Idoso 3)*

*Então a gente tem que ter esse cuidado, lá perto de casa tem eles deixam na frente caroço de açaí, as vezes tenho até ir lá em casa pegar a vassoura e varrer pras outras pessoas também não caírem ali. (Idosa 3)*

*Cuidado com a gata que tem lá em casa, digo pra ela sair da frente. De noite quando me levanto solto porque meu quarto é perto do banheiro, então eu levanto me afirmo na parede até chegar no banheiro para ligar a luz. E quando vou descer eu subi a calçada eu coloco primeiro a bengala me firmo e depois subo ou desço (Idoso 4)*

*Ter o cuidado de olhar para os ônibus, vê se estar pisando direito no degrau, se realmente estou firme com pé direito quando vou subir, que eu tenho dificuldade pra subir no degrau do ônibus e pra descer a fico olhando pra vê se não vem carro. E quando desço eu fico segurando no corrimão do ônibus, eu tenho um cuidado muito grande ali, eu tenho muita dificuldade no ônibus. (Idoso 5)*

*Aqui tá molhado, eu não vou passar por aqui, porque posso escorregar então não vou passar por onde tá com água, eu só ando com sandália. Evitar passar no molhado quando tem uma vala eu vou sempre vê um lugar melhor pra eu passar não vou pular uma vala pra não cair. Andar devagar pra não cair. Subir devagar segurando as parede (Idoso 6)*

*Também tenho cuidado com o molhado do banheiro, fico todo tempo enxugando pra não cair. Eu gosto de usar salto, só quando eu sai pra festa e para o dia a dia uso sandália, uso o tempo todo não tiro. Eu acho assim, eu não vou usar tapete no chão, que as moças das universidades falaram pra gente não usar o tapete, e eu não gosto mesmo, de um bando de pano pelo chão só coloco um paninho na beira da porta do banheiro porque molha sempre, e na porta da rua, e quero que meu filho ponha o corrimão lá da escada, pra eu não cair (Idoso 6)*

*Eu evito de tropeçar no degrau, quando tem um degrau na calçada se eu rodear pra não passar por aí é melhor. Dentro de casa tenho o cuidado quando tem uma tábua e ela vai apodrecendo a gente vai lá e tira (Idoso 7)*

*Minha mulher todo dia lava com detergente a casa mas faz isso calçada e depois ela enxuga direitinho (Idoso 7)*

Costa et al. (2011) confirmam que os chinelos com solado de borracha são os mais usados por idosos durante as quedas. Estes autores recomendam que o sapato deve ser adequado para evitar quedas, fechado, com solado antiderrapante, com suporte reforçado no calcanhar, de salto baixo, com meia-sola mais fina que o calcanhar, sendo flexível e firme, provido de mecanismo de amarração e sem pontos de tensão. Por este olhar, considera-se que o enfermeiro e os demais profissionais da atenção básica devam conhecer este modelo de sapato para que possam prescrever e orientar os idosos durante a compra de calçados, porém deve levar em conta as condições econômicas deste sujeito.

Aqui entende-se que o exercício de boas práticas preventivas depende de orientações e educação por parte dos profissionais de saúde que atende o idoso. Por isso que concordamos com Veras (2009) de que a efetividade e a eficiência de um modelo de atenção básica à saúde ao idoso passa pelo fluxo de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos.

Manter o piso/chão seco e sem obstáculos é importante para todos na idade senil, porem as mais propensos são os idosos do sexo feminino, visto que estas caem dentro do domicílio, sendo que a cozinha é o compartimento mais citado, pois a maioria das idosas são donas de casa e que se ocupam nas atividades domésticas (COSTA et al., 2011). Por importância de ocorrência, os locais de maior índice de incidência de quedas são: quarto, seguido por escadas

e cozinha e, por último, sala de estar e banheiro. No quarto, assim como na sala, é onde ocorrem às situações de quedas que, inicialmente, decorre de tropeços sobre roupas no chão, sapatos, tapetes e demais objetos ou móveis, enquanto que os banheiros e cozinhas relacionam-se com pisos escorregadios, muitas vezes decorrentes da tarefa do idoso em fazer a limpeza destes (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Aqui cabe uma análise, pois acredita-se que a prevenção passa por mudanças de atitude do idoso. Muitas das vezes, as quedas são resultados de comportamentos imprudentes, cujas atitudes, sem qualquer avaliação, representam exposição ao risco ambiental (MESSIAS, MESSIAS E NEVES, 2009, p. 279). Ainda assim, cabe a enfermagem avaliar as condições de risco envolvidas nas quedas das idosas para encaminhar e subsidiar ao MPS de Pender.

Outro ponto que Costa et al. (2011, p. 402) chamam atenção de que “muitos idosos passam a ficar em estado de alerta excessivo, amedrontados, temendo novas quedas. Com isso, o cuidado em demasia se converte em medo, fazendo modificar seus estilos de vida, com perda de autonomia e dependência para realizar as atividades de vida diária, além de adquirir sentimentos de fragilidade e insegurança”.

O medo de cair pode ser desencadeado tanto pelas consequências físicas, como psicológicas e sociais, podendo acarretar menor confiança na capacidade de caminhar, contribuindo para declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social do idoso (ANTES; D’ORSI; BENEDETTI, 2013).

Outro ponto a ser discutido é que o comportamento dos idosos para prevenir as quedas é, em geral, oriundo de conhecimento empírico. Silva et al. (2007) constataram que os comportamentos adotados pelos idosos quanto às quedas são advindas de conhecimentos e práticas populares que, em geral, são derivados de visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem, desta maneira o conhecimento destes aspectos é fundamental para guiar a prática de enfermagem nas suas ações no fornecimento de cuidado aos idosos, obedecendo tais valores.

Os conhecimentos e práticas populares como prática de prevenção pode ser tomado para orientar um programa de promoção da saúde do idoso. Morsch, Myskiw e Myskiw (2016) investigaram o problema da queda e a percepção dos idosos em relação aos seus fatores de risco, os resultados apontaram para a percepção dos fatores de risco, a qual demonstrou que os idosos percebem os fatores de risco para quedas, mas muitas vezes eles não conseguem evitar a queda.

Destaca-se aqui que qualquer programa de prevenção as quedas deve contemplar e trabalhar nas intervenções os hábitos, valores, atitudes e culturas dos idosos, os quais determinam seus comportamentos frente aos fatores de risco para prevenir as quedas.

### 5.3.2.2 Influências Interpessoais que Repercutem no Comportamento de Outrem

As pessoas e o ambiente influenciam no comportamento dos sujeitos, cujo nível de relação pode determinar as suas decisões. Na categoria dos idosos esta lógica não é diferente, pois muitos deles têm contato direto um com outro(s) em cursos, hidroginástica, Unidade de Saúde Básica, nas comunidades etc. Estas relações interpessoais são importantes, porque os idosos em seus diálogos repassam suas experiências de quedas um para os outros, quanto aos fatores de riscos, causas, consequências e estratégias de prevenção.

Neste aspecto, é interessante a enfermagem e/ou o profissional da Atenção Básica captar as influencias interpessoais em favor da promoção da saúde do idoso, no sentido de copilar dada experiência/estratégia de referência para contemplar os demais do grupo. No diálogo que tivemos com os idosos foi possível registrar várias situações que afetam o comportamento dos idosos, relacionadas às quedas.

#### 5.3.2.2.1 Sub Categoria 1 - Rede de apoio familiar/amigos/social

*Um dia desses passei ruim, pensei que iam me acudir e nem me acudiram, nem foi olhar ao menos (Idoso 1)*

*E tive tanto filho e os filhos não estão nem ai pra mim, só querem saber deles (Idoso 1)*

*Em casa ninguém, eu tenho marido é mesmo que não ter, que só aparece pra me cobrar (Idoso 1)*

*Não. Ultimamente até me ralham. Olha por exemplo, eu tenho uma professora que ela sabe do meu problema que eu cai, Mas quando chego no curso eu chego e cento, e ela fala bora Alzira levanta vem pegar aqui, vem aqui, procura fazer alguma coisa, ou seja, ela não entende, eu acho que por ela não ter passado por isso, ela pensa eu é moleza, manha, preguiça, só eu sei a dor que tenho. (Idoso 1)*

*Sim. Minhas 5 irmãs e minha filha. (Idoso 2)*

*A minha filha, quando ela sai comigo ela pensa até que sou cega, e para Os meus irmãos e irmãs, se eu pedir eles vão me ajudar sim. (Idoso 2)*

*Sim. Os filhos e marido. Os filhos falam assim: olha mamãe ali está liso, não vá pra lá. As minhas amigas dizem olha dona Inês tenha cuidado, não só pra mim mas todas as pessoas que são da minha idade assim, as pessoas lá do SESC sempre olha cuidado a gente tem que ter cuidado, a gente sempre conversa sobre isso, sobre o cuidado, lá. (Idoso 3)*

*O meu neto que tem cuidado comigo e com avó, na alimentação. Minhas filhas; Meu marido. (Idoso 3)*

*Sim. Tem uma prima que domingo sempre eu vou lá na casa dela e ela sempre me atravessa a pista pro outro lado e ela diz Beth nunca atravesse na diagonal. (Idoso 4)*

*Não. A maioria sófala assim: “toma cuidado” e eu digo “não te preocupe que o que tenho mais na vida é cuidado” (Idosa 4)*

*Sim. As amigas da hidroginástica falam “dona Nazaré quando a senhora tiver na sua casa a senhora tenha esse cuidado de ficar descalça e escorregar dentro do banheiro, não subir na cadeira no banco até um sapato que está jogado pelo chão a senhora pode tropeçar e cair dentro de casa mesmo (Idoso 5)*

*Mas não das minhas filhas nem meu marido. (Idoso 5)*

*Não, principalmente dele (marido) não. Ninguém vai me ajudar essa é a verdade pura (Idoso 5)*

*Sim. Meu filho, ele sempre diz mamãe deixe isso ai, traga essa roupa pra cá pra baixo. Ele não gosta que eu fique subindo as escadas, mas agora vou ter que subir, porque a casa vai ser lá em cima mesmo. (Idoso 6)*

*É só meu filho mesmo, porque lá em casa não vai muitas pessoas, não tenho muita amizade (Idoso 6)*

*Tem umas amigas minhas, que quando vão lá, falam “menina tu subir essa escada? (Idoso 6)*

*Meu filho, quem mora lá pra cima não tá nem ai fica isolado lá pra cima com filho dele. É mais esse filho que fica embaixo, é só esse que ele tem um bar, ele me ajuda (Idoso 6)*

Em algumas falas, o idoso apresenta o comportamento de viver sozinho e isto propicia à solidão, ao isolamento social e que pode colocar o idoso em situação de depressão. Os idosos que vivem sozinhos têm maior risco de problemas súbitos de saúde e maior risco de quedas. O planejamento doméstico para manter a independência com segurança em casa e para introduzir alterações comportamentais e de uso doméstico para aumentar a segurança, precisa do apoio e participação dos membros da família ou amigos a respeito de como ajudar esses idosos que

vivem sozinhos (CAMPOS et al., 2017). Neste caso, acredita-se que tem grande importância a enfermagem para orientar e capacitar às famílias cuidadoras no acompanhamento desses idosos.

Diante desta situação narrada em que se encontram as idosas sem o apoio conjugal, corrobora-se com Campos et al. (2017) de que a presença do cônjuge e/ou dos familiares aumenta a segurança do idoso, visto que os mesmos podem auxiliar nas atividades diárias e também contribuir para o desenvolvimento social do mesmo. A medida que o idoso é estimulado ele se torna mais ativo física e cognitivamente. Ao contrário, a baixa autoestima desses idosos afeta diretamente o convívio doméstico, junto ao já escasso contingente familiar.

Desta maneira, as pessoas que fazem parte do convívio social do idoso têm que ter compreensão, principalmente no seio familiar, sob risco de isolamento social, o que lhe prejudica a saúde e aumentam as frequências de quedas.

#### 5.3.2.2.2 Sub Categoria 2 - Modelo de cuidado (ausência/presença)

*Não. Ultimamente até me ralham. Olha por exemplo, eu tenho uma professora que ela sabe do meu problema que eu cai, Mas quando chego no curso eu chego e cento, e ela fala bora Alzira levanta vem pegar aqui, vem aqui, procura fazer alguma coisa, ou seja, ela não entende, eu acho que por ela não ter passado por isso, ela pensa eu é moleza, manha, preguiça, só eu sei a dor que tenho. (Idoso 1)*

*Não, eu não converso com ninguém sobre quedas (Idoso 2)*

*Sim. As amigas dos SESC. Elas falam que a lajota é antiderrapante, comprar sapato correto as filhas delas também tem esse cuidado ou elas mesmas compram (Idoso 3)*

*Sim. Falam sim, lá na terceira idade né? (Idosa 4)*

*Sim. As amigas da hidroginástica. Elas dizem assim “dona Nazaré, eu tenho tanto cuidado quando saio de cair, de tropeçar no buraco nos buracos de cimento na rua, a gente tem que ter os cuidados de ficar olhando pro chão, se não a gente vira o rosto e tropeça” (Idoso 5)*

*Não. Não porque eu não converso muito com elas, que elas são meio caladonas (Idoso 6)*

*Não. Não porque a gente não conversa essas coisas, e a gente não procura falar desse assunto (Idoso 7)*

Daí se nota a relevância das relações interpessoais entre os idosos para preencher a lacuna da solidão, abandono familiar e/ou para trocar experiências sobre os riscos e prevenção as quedas. A OMS (2010) alerta que o isolamento e a solidão são comuns entre os idosos,

particularmente os que perdem o companheiro ou moram sozinhos. Nesta circunstância, o idoso pode incorrer em depressão, o que aumenta o medo de cair e vice versa. Disponibilizar apoio e oportunidades para que os idosos participem de atividades sociais pode ajudar a manter interações ativas com outras pessoas e reduzir seu risco de quedas.

Enfim, os idosos não falam entre si, nem com a família e profissionais sobre os fatores de risco de queda e medidas preventivas. Por isso da ausência de uma cultura de prevenção e segurança de risco de queda entre os idosos, indicando que existem barreiras na comunicação quer com os profissionais, quer entre os profissionais e o idoso, quer entre os próprios idosos (OLIVEIRA; BAIXINHO; HENRIQUES, 2018).

O comportamento de se relacionar socialmente e dialogar com os demais são de grande valia para os idosos na prevenção as quedas, tanto com os seus pares, como na Unidade de Saúde em que são atendidos. Oliveira, Baixinho e Henriques (2018) mostram que muitos idosos (96,8%) nunca foram comunicados pelos médicos para o risco de queda; 71,0% afirmaram que os enfermeiros às vezes os alertam para o risco de cair, assim como 67,7% são alertados “às vezes” para esse risco pelos seus familiares; 61,3% assumiram nunca falaram com outros idosos sobre os fatores de risco de queda; e às vezes (97,7%) o idoso comunica aos familiares ou aos enfermeiros sobre os fatores de risco identificados.

### 5.3.2.3 Anseios de Mudanças que Contribuirão para a Prevenção de Quedas

A vivência e a experiência com as quedas contribuem para que o idoso procure adotar estratégia para evitar a ocorrência deste evento, levando a mudar de comportamentos de hábitos, valores e de cultura, com a perspectiva de alcançar esta finalidade. Neste aspecto, os idosos procuram ajustar os elementos que compõem a sua residência, conforme suas necessidades de locomoção e acomodação, modificando e adequando o tipo de lajota e com nivelção do piso, abaixar o chuveiro, colocar piso antiderrapante e corrimão no local de tomar banho e na escada.

*Vontade de ter uma lajota antiderrapante, a lajota lisa é bonitinha mas escorrega muito. Colocarem o tapete com sapato pro lado. Receber um agrado/apoio dos filhos e do marido (Idoso 1)*

*..trocar para um sapato seguro sapato, colocar aquele sapato que prega o pinozinho parece chuteira (Idoso 2)*

*Esse aqui (sapato) tá novinho mas já está descascado aqui olha, pode reparar, aí já acho risco então eu não ando muito pela calçada, mais pelo asfalto, eu tomo esses cuidados porque é eu que vou cair. (Idoso 2)*

*Eu queria ser aquela antes de antigamente, mas não pode mais né?! Não posso mais fazer o que fazia antigamente a minha casa toda limpinha gostava de tudo limpa, agora não posso mais. As vezes eu faço porque vejo a cozinha meio suja ai eu quero limpar ai ela diz mãe deixa que eu faço (Idoso 3)*

*A minha vontade de encher a casa toda até o final, nivelar a casa (Idoso 3)*

*Diminuir o negócio de ligar o chuveiro (Idoso 3)*

*Agora tá difícil de cair, só se eu sair sem meu apoio, as vezes me esqueço ai vou no mercado, ai tenho que lembrar do apoio. Só posso cair se a cabeça faltar, se não faltar... (Idoso 4)*

*Melhor do que o apoio acho que não tem outro melhor. (Idoso 4)*

*Tirar mais essa preocupação dos cuidados, porque isso aqui da preocupação me afeta muito, eu fico preocupada de cair tropeçar (Idoso 5)*

*Uma coisa que não seja derrapante, que seja aquele cimento cru mais bem antiderrapante, andar com uma sandália apropriada pra eu andar dentro de casa, no quintal e um sapato adequado pra eu andar na rua, pra me tirar da minha preocupação de está olhando pro chão no ônibus. E colocar um corrimão na escada. (Idoso 5)*

*O chuveiro é muito alto, pra abrir o chuveiro é alto, queria abaixar a parte que abre o chuveiro. Colocar alguma coisa pra se apoiar no banheiro, porque eu lhei falei eu não dou mais conta de lavar o banheiro, de ficar abaixada de lavar lajota, e aí fica no chão o excesso de sabão do banho que a gente toma ai eu tomo banho de sandália pra não escorrega, ai queria me segurar em alguma coisa pra não escorregar. (Idoso 5)*

*O corrimão, só isso, quando eu for fazer minha casa lá em cima e meu filho for colocar a lajota vou mandá-lo fazer tudo antiderrapante pra eu não cair. (Idoso 6)*

*Acho que não, pra cair é só ir daqui pra li que a gente dá uma topada, mas eupresto bastante atenção, como descer do ônibus... (Idoso 6)*

*Eu desço com cuidado olhando ora vê se não vem moto bicicleta e carro, ai vem gente apresada e ignorante, ai falam é velho mesmo ai eu chamo nome, der repente vem uma moto e me atropela né, ai eu fico esperando pra eu descer, eu tenho cuidado nessa parte. (Idoso 6)*

*Cuidar da minha vista, o Dr. marcou uns exames que vou fazer e fazer um tratamento, tenho vontade de ler e eu vendo melhor creio que não vou mais cair. Comprar uma percata (Idoso 7)*

Estas narrativas se aproximam dos levantamentos da OMS, ao notificar que no ambiente doméstico os fatores de riscos as quedas estão associados às escadas irregulares, diferentes relevos de piso no mesmo ambiente, escadas com degraus mal projetados, ambientes externos ao redor da casa que, com a chuva (ou neve), apresentam o piso escorregadio, todos relacionados com a baixa iluminação. A escada demonstra alto risco quando se apresenta em *design* desfavorável, sem apoios, corrimãos ou placas antiderrapantes nos degraus. Esse cenário, somado à má iluminação local, leva o idoso a ter dificuldade para loco mover-se, fazendo com que este se torne mais vulnerável, pois 75% das quedas nesse local ocorrem quando o idoso está descendo por ela, o que mostra a importância do autocontrole do corpo e da arquitetura favorável (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

O comportamento de querer mudar algo no ambiente domiciliar é algo necessário para que o mesmo seja adequado às necessidades dos idosos. De acordo com Messias, Messias e Neves (2009) as evidências apontaram que os idosos convivem em uma situação de insegurança nos próprios domicílios: iluminação inadequada, interruptores inacessíveis, falta de corrimão nas escadas, degraus inadequados e sem sinalizações ou sem piso antiderrapante, falta de barras de apoio nos banheiros, assentos sanitários de altura inadequada, camas também de alturas inadequadas, cadeiras de altura incorreta e sem apoiadores laterais, obstáculos no caminho, como móveis baixos e presença de animais.

O comportamento atencioso assumido pelos idosos, como tática para prevenir quedas, pode estar relacionado com o medo de incorrer neste evento. Esta conjectura é confirmada nas pesquisas de Oliveira, Baixinho e Henriques (2018), ao considerarem que a dificuldade de realização das atividades diárias está diretamente relacionada com o sentimento de risco, podendo o medo de cair representar uma resposta emocional a uma ameaça, assim como pode assumir um caráter protetor, quando o idoso decide proteger-se em relação ao risco, sendo que esse potencial risco de queda aumenta quando o idoso convive em um contexto de insegurança.

Ou seja, na pós-queda, o medo condiciona a realização das AVD, levando o idoso a mudar de comportamento no andar, sendo que isso é reforçado quando a própria família aconselha-o a não se movimentar muito e ficar restrito a muitas coisas. Este comportamento sedentário contribui para que o idoso se torne um ser dependente de terceiros para realizar suas atividades de rotina.

### 5.3.3 Categoria III- Resultados do Comportamento

#### 5.3.3.1 Resultado Comportamental das Intervenções segundo o MPS

O idoso vivencia a queda, tem experiência e assumem comportamentos de aprendizagens que lhe seja benéfico à prevenção as quedas, de modo a preservar a sua saúde, cuja mudança de atitude ocorre tanto no ambiente domiciliar, como no ambiente externo. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os domicílios se tornam ambientes inseguros, porque são poucos iluminados, mal planejados e com barreiras arquitetônicas, sendo responsáveis por 30 a 50% das ocorrências de quedas (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013). Para enfrentar esta situação adversa, os idosos passam adotar comportamentos de prevenção de quedas em seus próprios domicílios, como também no ambiente externo.

##### 5.3.3.1.1 Sub Categoria 1 - Cuidados de prevenção a quedas pós ação

*Aprendi a manter o ambiente livre, limpo. Na rua a gente, ter cuidado com caroço de açai (desviar), tem que evitar calçada lisa e molhada. (Idoso 1)*

*Tenho que ter cuidado por onde ando, ter cuidado com as coisas que estão no chão e podem cair. (Idoso 1)*

*Aprendi também a manter o banheiro enxuto, cuidado com o cachorro para não tropeçar, cuidado com a escada (segurando como pode e como fica mais seguro) e de me conscientizar que tem que ter cuidado (Idoso 1)*

*...eu estou já mais orientada eu vou procurar andar mais devagar, prestar mais atenção, e eu acho que trocar de sapato que eu usava sapato que escorregava, agora eu já ando com uma sandália própria para idoso, tentar passar para as pessoas como também deve se comportar quando andar e quando idosos. (Idoso 2)*

*Agora tenho cuidado com chão molhado, cuidado com o limo no chão, tenho cuidado para andar no quintal, cuidado com o sapato (sempre olho se o sapato está desgastado na sola) aí tenho que trocar, cuidado para andar na rua, as minhas filhas colocaram as coisas da cozinha pra baixo, cuidado com o cachorro para não tropeçar; Estou tendo mais cuidado dentro de casa. (Idoso 3)*

*Já tirei negócio de tapetes e panos em casa, cuidado com a gata, no banheiro só entro com sandália, a passagem é livre dentro de casa (Idoso 4)*

*Fora de casa tenho o apoio e eu não vou mais ficar sem ela porque ela me dar uma ajuda, andar acompanhada, evitar andar por lugares ruins de acessibilidade. (Idoso 4)*

*Prestar bem atenção, ter atenção nos lugares em que piso em casa e na rua, não correr em pisos escorregadios, modo em que me levanto da rede, retirar o limo de casa, cuidado ao lavar o banheiro e usar sandália. (Idoso 5)*

*Estou revendo tomar banho com chinelo; Evitar pano e tapete no chão; ter cuidado com o chão que estiver molhado ou com limo; cuidado com calçada quebrada e cuidado com o bichinho dentre de casa. (Idoso 6)*

*Não usar mais sandália com a ponta grande, ter cuidado com limo, olhar por onde ando, ter cuidado com o chão molhado para não escorregar. (Idoso 7)*

A avaliação do ambiente é relevante quando se têm em mente que os muitos dos obstáculos existentes nas residenciais são facilitadores das quedas. Dessa forma, realizar mudanças na casa é uma forma de prevenção as quedas, podendo ser acrescentado, retirado ou ajustado do ambiente domiciliar para a boa comodidade e circulação do idoso. Assim, a avaliação domiciliar pode obedecer às seguintes premissas, conforme orientações de Paula (2010):

- **Banheiro:** altura da pia, presença de barras no Box e vaso sanitário, superfícies escorregadias, presença de tapetes soltos.
- **Cozinha:** acesso aos mantimentos, louças e objetos de uso diário, piso escorregadio.
- **Piso:** presença de tapetes; fios ou objetos no chão; piso molhado.
- **Iluminação:** fácil acesso aos interruptores; iluminação noturna.
- **Escadas:** visibilidade dos degraus, iluminação, acesso ao interruptor, corrimão seguro, presença de tapete no início ou final da escada.
- **Armários e estantes:** fácil acesso aos objetos.
- **Móveis:** móveis estáveis.

Oportuno colocar que alguns comportamentos têm visibilidade como fatores de riscos de quedas na terceira idade, indo desde subir em escadas; ficar em pé sobre cadeiras, curvar-se para realizar atividades cotidianas; correr sem dar atenção ao ambiente ou não usar artefatos de apoio à mobilidade como bengalas ou andadores. Também usar sapatos mal ajustados é também um importante comportamento de risco. Andar de meias, sem sapatos ou usar chinelos com solas escorregadias também aumenta o risco de escorregar dentro de casa. Os sapatos apropriados são de particular importância, devendo-se evitar saltos altos, solas finas e duras ou chinelos de tamanho inapropriado que não estejam corretamente ajustados aos pés (OMS, 2010).

Certamente que a mudança destes comportamentos dos idosos dentro dos domicílios, como também dos citados pela OMS (2010), traz resultados positivos quanto a percepção e estratégia de prevenção as quedas. Tanto que:

[...] As atitudes dos idosos têm forte influência sobre a maneira pela qual eles podem evitar comportamentos arriscados, que podem levar a uma queda durante suas atividades cotidianas. Caso os idosos encarem as quedas como uma consequência normal do envelhecimento, expressa pelo conceito de que “os idosos sempre caem”, sua atitude pode inibir medidas preventivas (OMS, 2010, p. 27).

Como nota-se, os fatores de riscos associados às quedas se tornam difícil de defini-las e/ou levantar um diagnóstico, por ser diversos. Cunha e Lourenço (2014) consideram que os fatores de risco são diversos e podem ocorrer simultaneamente, uma vez que a queda é um evento multifatorial. Por este motivo, a identificação dos fatores de risco se torna complexa e depende do ambiente estudado, das características da população de estudo e dos modelos de estudo adotados.

Todavia, ainda que dá importância do uso de medidas estratégicas para enfrentar e prevenir as quedas, Silva et al. (2007) chamam atenção que o excesso de autocuidado pode resultar em aspecto negativo para o idoso, pois as restrições na mobilidade por medida de segurança podem produzir progressivamente uma imobilidade de ordem psicológica. A imobilidade prolongada afeta a força e o movimento das musculaturas, gerando um risco adicional, em vez de proteger o idoso.

Portanto, prevenção, medo e temor de novas quedas se confundem e é tão prevalente quanto às mesmas, pois leva o idoso ter perda de confiança na capacidade de deambular e com segurança, podendo resultar em piora do declínio funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Após a queda, “o idoso restringe a sua atividade por temor, pela dor, ou pela própria incapacidade funcional. A sua reabilitação pode ser demorada, e, no caso de imobilidade prolongada, leva a complicações como tromboembolismo venoso, úlceras de pressão e incontinência urinária” (BUKSMAN et al., 2008, p. 4).

Entretanto os comportamentos assumidos pelos idosos no ambiente externo são muito importantes para a prevenção das quedas e expressa a pesquisa de Silva et al. (2007), para quem há desrespeito da sociedade com população de idosos, quanto à oferta de estrutura física como calçamentos irregulares, degraus, ausência de corrimãos para apoio, semáforos com tempo inadequado para travessia. Enfim, são fatores que impedem o idoso de ir e vir, trazendo impactos para a sua vida social ativa e independente.

Por outro lado, a prevenção em excesso pode se transformar em medo, podendo levar o idoso a ter declínio na sua qualidade de vida e, inclusive, pode aumentar o risco de quedas em razão da redução de atividades necessárias para manter a autoestima, a confiança, a força muscular e o equilíbrio. Por este ângulo, “o comportamento de medo pode levar a mudanças mal adaptadas no controle do equilíbrio que podem aumentar o risco de quedas” (OMS, 2010, p. 28).

Conclui-se após os expostos que um ambiente propício e satisfatório para o idoso é aquele que oferece segurança, funcional, proporciona estímulo e controle pessoal, que facilita a interação social, favorece a adaptação às mudanças e é familiar para o idoso. (RIBEIRO et al., 2008; VERA et al., 2015; SILVA et al., 2007; CAMPOS et al., 2017)

#### 5.3.3.1.2 Sub Categoria 2 - Avaliação positiva da ação/sugestão

Avaliar o participante de um programa de atividades e/ou de prevenção de quedas se torna importante partindo-se do princípio de que cada indivíduo possui suas características e que, por isso, não se podem utilizar as mesmas estratégias para todos indiscriminadamente. Mesmo que o programa de promoção a saúde ofereça atividades em grupo, é importante que a equipe de enfermagem conheça o perfil de cada participante para as quedas para que sejam feitas as devidas alterações/ajustes, de acordo com a necessidade de cada idoso.

A pesquisa desenvolvida junto com setes idosos não foi apenas na perspectiva de coletar dados, estatísticas e informações para cumprir as formalidades deste trabalho dissertativo em curso, mas, contudo, teve a pretensão de: chamar atenção desta população para os fatores de riscos de quedas em que a mesma está inserida, colocando em discussão, sob a perspectiva destes idosos, as causas, consequências e prevenção da ocorrência deste evento, cujas evidências levantadas possam contribuir para subsidiar *o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender*. Por isso, a fundamental importância deles avaliarem esta pesquisa, mostrando a sua participação efetiva e compreensão nos propósitos da mesma, cuja percepção dos mesmos pode contribuir para prevenir as quedas. Assim, os idosos avaliaram a ação/pesquisa através de várias definições, tais como:

*Achei bom, pois alertou a gente para prevenir e não cair. Ajudou eu ter mais cuidado para não cair (Idoso 1)*

*As explicações que foram dadas aqui durante os dias foram ótimas, realmente me ajudaram muito a pensar mais, eu achei fenomenal. (Idoso 2)*

*...deveriam trabalhar esse trabalho em upa ou posto de saúde independente de bairro (Idoso 2)*

*Gostei muito do trabalho realizado, achei ótimo!! Falei para minhas filhas tudo que a gente conversou e elas já estão me ajudando na arrumação da casa. (Idoso 3)*

*Me ajudou porque tudo o que a gente aprende tudo que a gente não tem o cuidado de praticar, quando a gente aprende é útil. Tem que melhorar, né?! (Idoso 4)*

*...olha, enquanto a gente está vivendo aqui na face da terra a gente tá aprendendo (Idoso 4)*

*Todo dia a gente vai aprendendo... (Idoso 4)*

*Foi ótimo, me ajudou muito, despertou minha mente, despertou os cuidados e eu nunca tive uma orientação nem passei por passar o que passei aqui com vocês. Nunca um profissional me orientou assim antes... e tem que continuar, né?! (Idoso 5)*

*Vai acabar, mas a instrução dela deveria vir outra pessoa pra continuar, pra gente não esquecer, ter sempre os cuidados e pra gente continuar tendo a aula que a gente teve aqui (Idoso 5)*

*Valeu!! Estou prestando atenção mais, quando saio na rua...Ideia: tem gente que não espera o sinal fechar de tudo e sai correndo e pode ter acidentes de tropeçar e cair (tenho observado isso isso – tem que chamar atenção das pessoas)... Foi muito boa, gostei de ouvir os cuidados que temos que ter, me fez aprender e lembrar das coisas (Idoso 6).*

Por certo que a prevenção se reflete na frequência da ocorrência de quedas. Cunha e Lourenço (2014) analisaram a prevalência de quedas em idosos e os fatores associados, e constataram que 50% destes chegam a cair mais de uma vez, sendo que esta prevalência aumenta com o aumento da idade.

Por outro lado, entende-se que não basta prevenir as quedas, mas que o idoso deve retomar a sua habilidade de funcionamento. Paula (2010) considera que a capacidade funcional do idoso pode ser avaliada a partir da presença de limitação ou incapacidade de realizar tarefas do cotidiano e que possam interferir na sua independência e autonomia. Esta demanda de mobilidade deve ser objeto de um programa de reabilitação da saúde do idoso, como o MPS de Pender, servindo de parâmetros para orientar a enfermagem e demais profissionais de saúde da atenção básica, com a perspectiva de retomar a funcionalidade deste sujeito.

Outro ponto a ser destacado neste processo de reabilitação do idoso é que a estratégia do programa do MPS de Pender na prevenção de quedas deve ter como foco o estímulo da independência funcional, confiança e autonomia do idoso, junto aos seus familiares e à

comunidade, sempre, respeitando suas limitações. Para isto, os profissionais da enfermagem da atenção básica devem ser experientes no diagnóstico e no cuidado das quedas e das lesões por elas causadas, cujo programa possibilite o acesso aos idosos nos serviços de promoção de saúde.

Na continuidade do processo, como fator de avaliação dos idosos, mostra a importância da aprendizagem entre si que os idosos se tornem agentes multiplicadores dos fatores de riscos as quedas e sua prevenção. Bandura (2008) enfatiza a atenção, como processo pelo qual potencializa a aprendizagem e, para tal, é preciso prestar atenção aos elementos significativos do comportamento humano, de modo que o sujeito possa armazená-los em seu sistema cognitivo e, portanto, alcançar a aprendizagem

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo de comportamento de saúde de idosos com fatores de risco para quedas adotando-se a PCA possibilitou a compreensão da diversidade comportamental das pessoas em determinadas situações de vida e saúde ao mesmo tempo que a avaliação dessa diversidade permitindo a intervenção de enfermagem. Tal abordagem se mostrou essencial, pois valorizou-se o comportamento de saúde dos idosos, articulando os conhecimentos num processo de “saber fazer” desenvolvendo ações educacionais de enfermagem e de “pensar esse fazer” indagando a diversidade comportamental dos mesmos.

Os dados acerca de comportamento de saúde das pessoas idosas analisados da perspectiva do Modelo de Promoção de Saúde de Pender, sintetizaram-se em três categorias

**Categoria I: Características e Experiência Individual** O comportamento de saúde dos idosos teve influência oriunda das próprias experiências de terem sofrido ultimamente quedas em suas vidas. Por isso, demonstraram em consequência, alguma busca de condutas que evitassem outras quedas.

Emergiram nesses dados indicativos de fatores de risco para quedas em idosos num espectro de diversidades como: o precário contexto socioeconômico, a baixa escolaridade, a questão do gênero feminino no contexto familiar, o contexto urbano de periferias empobrecidas de grandes cidades, os mitos e preconceitos culturais contra as pessoas idosas, a precariedade do suporte social da vizinhança e da própria família. Tais constatações, tão reais e contraditórias em contextos semelhantes ao estudo, são de difícil enfrentamento e resolução entre profissionais que atendem essa população, porém tais dados de pesquisa devem ser encaminhados para subsidiar debates de políticas de atendimento que resulte em futuro próximo ações interventivas eficazes da equipe de saúde incluindo a enfermagem.

### **Categoria II: Comportamentos específicos dos idosos:**

- Autopercepção influenciadora para quedas;
- Influências interpessoais que repercutem no comportamento dos idosos;
- Ânsia por mudanças que contribuirão para a prevenção de quedas.

A percepção dos idosos, a princípio, é de que as quedas devam ser evitadas e percebem os benefícios desse cuidado, tendo cada qual preferências em suas condutas. Porém percebem em seu entorno e contexto social, fatores desencadeadores de quedas que nem sempre se sentem seguros para superá-los. Perceberam também influências positiva ou não da rede de apoio (família/amigos) que ajudem a adotar comportamentos de prevenção de quedas, o qual é raro encontrar pessoa como modelo exemplar a seguir para prevenir quedas. Por outro lado, idosos

manifestaram ânsias por mudanças de seu contexto a seu favor, embora em situação vigente pouco favorável.

Nessa categoria de comportamentos manifestos de idosos ressalta-se a temática do modelo exemplar a ser espelhado pelos idosos seja no âmbito familiar ou social, no aspecto de conduta de prevenção de quedas na velhice, um sério problema de saúde pública considerando as conseqüências onerosas para os serviços de saúde e grave problema familiar para cuidados prolongados e muitas vezes com complicações até ao óbito. Convém destacar que, na fala dos idosos não se identificou atendimento e ensinamento detido por parte dos profissionais dos serviços de saúde que os atendem. Tal lacuna observada serve de alerta para encaminhamento de questões às autoridades sanitárias na revisão de execução de programas de saúde local.

**Categoria III: Comportamentos Resultantes das Intervenções segundo o MPS.** O desenvolvimento do processo de enfermagem favoreceu um processo de reflexão e de mudanças de conduta dos idosos acerca da prevenção de quedas em suas vidas. Na maioria das situações os idosos demonstraram comportamentos autoeficazes e ao mesmo tempo manifestaram-se positivamente às ações educacionais desenvolvidas nas intervenções da enfermagem durante o presente estudo orientado pela PCA.

O comportamento positivo resultante observado nesse estudo deve-se à aplicação do processo de enfermagem baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Pender e sobretudo pela adoção da abordagem da PCA. A ação educacional desenvolvida pelas enfermeiras pesquisadoras resultou em respostas positivas dos idosos concernentes a mudança de comportamento a favor da prevenção de quedas em suas vidas. Tal ação desenvolvida coletivamente com o uso da técnica do Grupo Focal, foi concebida especificamente para o grupo de idosos em questão, caracterizando-se numa tecnologia educacional dirigida para trabalhar com comportamento de saúde dos idosos relativos à quedas na velhice e sua prevenção.

A mudança de comportamento demonstrada pelos idosos estudados se deve também a exposição dos mesmos à prática educacional que favorece o protagonismo dos educandos, ou seja, permite a comunicação horizontal e reflexão em grupo para tomada de decisões em suas vidas com compartilhamento de ideias e sugestões entre os pares.

## REFERÊNCIAS

ABREU, D.R.O.M.; NOVAES, E.S.; OLIVEIRA, R.R. et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.4, pp. 1131-1141, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>. Acesso em: 01 jul. 2019.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 18 jun. 2019

ALVES, A.C.S. **Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 162 f.

ALVES, R.L.T.; MOREIRA, C.F.S.; PIMENTEL, L.N. et al. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.20, n.1, pp. 59-69, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160022>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ANTES, D.L; D'ORSI, E; BENEDETTI, T.R.B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis: EpiFloripa Idoso 2009. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200021>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ARAÚJO, E.C; MARTINS, K.P; LIMA, R.J. et al. Preocupação com quedas em pessoas idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral. **Rev. Eletr. Enf.**, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.39899>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ASHBURN, A.; STACK, E.; BALLINGER, C. et al. The circumstances of falls among people with parkinson's disease and the use of falls diaries to facilitate reporting. **Disabil Rehabil**. v.30, n.16, pp. 1205-12, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638280701828930>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BANDURA, A. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Arned, 2008. 176 p.

BARROS, D.S.L; SILVA, D.L.M; LEITE, S.N. Conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos. **Interface (Botucatu)**. v.19, n.54, pp. 527-536, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0055>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BECK, A.P.; ANTES, L.D.; MEURER, S.T. et al. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis. v.20, n.2, pp. 280-286, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200009>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BELÉM, Prefeitura Municipal de Belém- Anuário- 2012. Disponível em: [http://www.belem.pa.gov.br/app/pdf-segep/anuarioPDF/2\\_01\\_Demografia.pdf](http://www.belem.pa.gov.br/app/pdf-segep/anuarioPDF/2_01_Demografia.pdf) . Acesso em: 01 jul. 2019.

BIZERRA, C. D.A; GONÇALVES, R.F; CARMO, A. F. S. et al. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 6, n. 1, p.:203-212, 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2858/pdf\\_1104](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2858/pdf_1104) Acesso em: 01 jul. 2019.

BUKSMAN, S.; VILELA A. L. S.; PEREIRA, S. R. M. et al. **Quedas em Idosos: Prevenção**. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. 2008.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Programa Saúde da Família. **Atenção à Saúde do Idoso: instabilidade postural e queda**. Brasília-DF. 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_idoso\\_cab4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília-DF. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/fiPA.def>. Acesso em: 01 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Quedas**. In: Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde. pp. 67-70, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 05 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília – DF, 4ª edição, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Morbidade por acidentes e violências no Brasil: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011**. Disponível em: [» http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap9.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2011_parte1_cap9.pdf) Acesso em: 01 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> . Acesso em: 23 mar. 2019.

CAMPOS, J.F.S; POLETTI, N. A.A; RODRIGUES, C. D. S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arq Ciênc Saúde**. v.

14, n. 4, pp. 193-200, 2007. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-4/ID214.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID214.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

CAMPOS, A. C. V; REZENDE, G. P.; FERREIRA, E. F. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paul Enferm**, v. 30, v. 4, p. 358-367, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CARVALHO, E. M. R; GARCÊS, J. R.; MENEZES, R. L. et al. O olhar e o sentir do idoso na pós-queda. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 13, n. 1, pp. 7-16, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a02v13n1.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CASTRO, C.R.A.P; TOMASETTO, L. C.; BRAGA, D. M. et al. Relato de quedas na população neurológica adulta e sua importância no setor de fisioterapia aquática. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.** v.16, n.2, pp. 47-54, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1809-4139.20160006>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CHEHUEN NETO, J.A; BRAGA, N.A.C; BRUM, I. et al. Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, p.p. 1097-1104, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.09252016>. Acesso em: 01 jul. 2019.

COSTA, A.G.S; SOUZA, R.C; VITOR, A.F. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a04.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

COSTA, A.G.S. Fatores de risco para quedas em idosos. **Rev Rene**. v.14, n.4, pp. 821-828, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459019.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CENTRO DE REFERENCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS). **CRAS em Belém – PA: Guamá**. Disponível em: <https://cras.site/cras-em-belem-pa-guama/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

CRONSTEIN, B.N. Greater number of narcotic analgesic prescriptions for osteoarthritis is associated with falls and fractures in elderly adults. **J Am Geriatr Soc**. v.61, n.3, pp. 335-340, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.12148>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CUNHA, A.A; LOURENÇO, R.A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista HUPE**, v. 13, n. 2, p. 21-29, 2014. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=468](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=468). Acesso em: 01 jul. 2019.

CUNHA, P.T.S et al. Fratura de quadril em idosos: tempo de abordagem cirúrgica e sua associação quanto a delirium e infecção. **Acta ortop. bras.**, v.16, n.3, pp. 173-176, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522008000300010>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DALL'AGNOL, C.M; MAGALHÃES, A.M.M.; MANO, G.C.M et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.1, pp. 186-190, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DIAS JÚNIOR, J.E.S. **Cultura popular no Guamá: Um estudo sobre o boi bumbá e outras práticas culturais em um bairro de periferia de Belém**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, 2009. 161f.

EDELMUTH, S.V.C.L.; SORIO, G.N.; SPOVIERI, F.A.A. et al. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. **Rev. bras. Ortop.**, v.53, n. 5, p. 543-551, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2018.07.014>. Acesso em: 01 jul. 2019.

FERNANDES, D.S. **Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015. 92fls.

FERRETTI, F; LUNARDI, D; BRUSCHI, L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Fisioter. mov.**, Curitiba. v.26, n.4, pp. 753-762, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000400005>. Acesso em: 01 jul. 2019.

FREITAS, T.S; CÂNDIDO, A.S.C; FAGUNDES, I.B. Queda em Idosos: causas extrínsecas e intrínsecas e suas consequências. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.3, n.1, pp. 70-79, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i1.292>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GAMAGE, N; RATHNAYAKE, N; ALWIS, G. Knowledge and Perception of Falls among Community Dwelling. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/7653469>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GAMA, Z.A.S; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas em ancianos: revisión sistemática. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.5, pp. 946-956, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GASPAR, A.C.M; AZEVEDO, R.C.S; REINERS, A.A.O. et al. Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos. **Esc Anna Nery**; v.21, n.2, p. e20170044, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170044>. Acesso em: 01 jul. 2019.

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.**, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GAUTÉRIO, D.P et al. Ações Educativas do Enfermeiro para a Pessoa Idosa: Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**. v.2, n.6, pp. 824-8, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2013.12302>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GOMES, F.A; CAMACHO, A.C.L.F. O idoso e a mobilidade urbana: uma abordagem reflexiva para a enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5066-5073, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23068p5066-5073-2017>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GYLLENCREUTZ, L; BJÖRNSTIG, J; ROLFSSMAN, E; SAVEMAN, B. Outdoor pedestrian fall-related injuries among Swedish senior citizens – injuries and preventive strategies. **Scand J Caring Sci**. v. 29, p. 225–233, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12153>. Acesso em: 01 jul. 2019.

HARRISON, B.E. Fall prevention program in the community: a nurse practitioner's contribution. **The Journal for Nurse Practitioners – JNP**. v. 13, n. 8, p. 395-397, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.06.017>. Acesso em: 01 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060. Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000/2030**. 2013. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm). Acesso em: 01 jul. 2019.

ILHA, S.; QUINTANA, J.M.; SANTOS, S.S.C. et al. Quedas em idosos: reflexão para os enfermeiros e demais profissionais. **Rev enferm UFPE online**, v.8, n.6, pp. 1791-1798, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13655/16527>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JAMES, M; KIMMONS, N; SCHASBERGER, B; LEFKOWITZ, A. et al. Validating a Multifactorial: Falls Risk Assessment. **Home Healthcare Nurse** v. 32, a.1, pp. 15-22, 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24326470>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JEON, M.Y; JEONG, H.C; PETROFSKY, J. et al. Effects of a randomized controlled recurrent fall prevention program on risk factors for falls in frail elderly living at home in rural communities. **Med SciMonit**, v. 20, n. 20, pp. 2283-2291, 2014. Disponível em: <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/890611>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JITRAMONTREE, N; CHATCHAISUCHA, S; THAWEEBOON, T. et al. Action research development of a fall prevention program for thai community-dwelling older persons. **Pacific Rim Int J Nurs Res**. v. 19, n. 1, p. 69-79, 2015. Disponível em: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/16042>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JONAS, L.T; LIMA, K.V.D; SOARES, M.I. et al. Evaluación del riesgo de caídas em las personas mayores: ¿como hacerlo? **Gerokomos**. v. 25, n. 1, p. 13-16, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JOHNSON, M; KELLY, L; SIRIC, K. et al. Improving falls risk screening and prevention using an e-learning approach. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 10, pp. 910–919, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12234>. Acesso em: 01 jul. 2019.

KAMEI, T; KAJII, F; YAMAMOTO, Y. et al. Effectiveness of a home hazard modification program for reducing falls in urban community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. **Japan Journal of Nursing Science**. v. 12, n. 12, p.184-197, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jjns.12059>. Acesso em: 01 jul. 2019.

KING, M.B.F. In: HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G; TINETTI, M.E. et al (editors). **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**. New York: McGraw-Hill; pp. 659-669. 2009.

KUZNIER, T.P; SOUZA, C.C; CHIANCA, T.C.M. et al. Fatores de riscos para frotres descritos na taxonomia da NANDA – I para uma população de idosos. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 5, n. 3, p. 1855-1870, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.783>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LEITE, B.S; SILVA, E.J. S; JORGE, F. A. F. et al. Avaliação do risco de queda em pessoas idosas. **J Nurs UFPE online**, v. 9, n. 5, pp. 8346-8353, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10598/11564>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LEITÃO, S. M; OLIVEIRA, S. C; ROLIM, L. R. et al. Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. **Geriatr Gerontol Aging**. v. 12, n. 3, pp. 172-181, 2018. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/GGA\\_v.12\\_n.2.07\\_1.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/GGA_v.12_n.2.07_1.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

LIMA, C.A, TOCANTINS, F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* Brasília [Internet]. 62(3):367-73. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>

MARTINS, H.O; BERNARDO, K.M.A; MARTINS, M. S. et al. **Controle postural e o medo de cair em idosos fragilizados e o papel de um programa de prevenção de quedas.** **Acta Fisiatr.** v. 23, n. 3, pp. 113-119, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/137657>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MCCMAHON, S.K.; PARK, Y.S.; LEWIS, B. et al. Older adults' utilization of community resources targeting fall prevention and physical activity. **The Gerontologist**, pp. 1–11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx210>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MENDES, M.R.S.S.B; GUSMÃO, J.L; MANCUSSI, A.C. F. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.4, pp. 422-426, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MENEZES, C; VILACA, K. H. C; MENEZES, R. L. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Rev. bras.oftalmol.**, v.75, n.1, pp. 40-44, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72802016000100040&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000100040&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 01 jul. 2019.

MESQUITA, G.V.; LIMA, M.A.L.T.A.; SANTOS, A.M.R. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto contexto – enferm**, v. 18, n. 1, p. 67-73, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100008>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MESSIAS, M.G.; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2, pp. 275-282, 2009.

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.**, v.19, n.3, pp. 507-519, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MORSCH, P; MYSKIW, M; MYSKIW, J.C. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, pp. 3565-3574, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MUNOZ, L.A; CASBAS, M.T.M; PABLO, C.S. et al. Efficacy of the Otago Exercise Programme to reduce falls in community-dwelling adults aged 65–80 years old when delivered as group or individual training. **J Adv Nurs**. v. 74, n. 20, p. 1700–1711, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13583>. Acesso em: 01 jul. 2019.

NASCIMENTO, J.S; TAVARES, D.M.S; SANTOS, D.M. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto contexto – enferm.**, v. 25, n. 2, pp. e0360015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, A.S; TREVIZAN, P.F; BESTETTI, M.L.T et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.17, n.3, pp.637-645, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, B.S.; DELGADO, S.E.; BRESCOVICI, S.M. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.17, n.3, pp. 575-587, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13065>. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, T.; BAIXINHO, C.L.; HENRIQUES, M.A. Risco multidimensional de queda em idosos. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 31, n. 2, p. 1-9. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7058>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice**. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças/ Secretaria de Estado da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual\\_oms\\_-\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

PAULA, F.L. **Envelhecimento e quedas de idosos**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010. 244p.

PAULA JUNIOR, N.F.P; SANTO, S.M.A. Epidemiology of accidental falls among the elderly: survey of the period 2003-2012. **Rev Min Enferm.** v.219, n.4, pp. 1005-1014, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1054>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PENDER, N.J. **Health promotion model manual.** Deepblue. University of Michigan. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PENDER, N.J; MURDAUGH C.L; PARSONS, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice.** 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.

PENDER, N.J; MURDAUGH, C.L; PARSONS, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice.** 7th ed. Pearson Education, Inc. 2015. p.342.

PENDER, N.J; PENDER, A.R. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. **AJPH,** v. 70, n. 8, p.798-803, 1980. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619613/>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PORTER, C.R; PENDER, N.J; HAYMAN, L.L. et al. Guidelines for adolescents in bright futures: guidelines of health supervision of infants, children, and adolescents. **Nursing Outlook.** v. 45, p. 252-257, 1997.

PEREIRA, A.A; CEOLIM, M.F; NERI, A.L. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. **Cad Saúde Pública.** v.29, n.3, pp. 535-46, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300011>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PEREIRA, S.G; SANTOS, C.B; DORING, M. et al. Prevalência de quedas no domicílio de longevos e fatores extrínsecos associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.,** v. 25, n. 29, pp. 1-7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1646.2900>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PIMENTA, C.J.L; LIMA, R.J; COSTA, T.F. et al. Prevalência de quedas em idosos atendidos em um centro de atenção integral. **Rev Min Enferm.** v. 21, n. 45, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170055>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PRATA, H.L; ALVES JUNIOR, E.D; LOURO, J.Q. et al. Relatos de quedas extrínsecas em idosos participantes do projeto prev- quedas. **J. res.: fundam. care. Online,** v. 6, n. 2, pp. 685-694, 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3144/pdf\\_1265](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3144/pdf_1265). Acesso em: 01 jul. 2019.

PREFEITURA DE BELÉM. **Unidades de Saúde.** Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=2726>. Acesso em: 02 jun. 2019.

PORTELLA, M.R; LIMA, A.P. Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR,** v. 22, n. 2, p. 109-115, 2018. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6366>. Acesso em: 01 jul. 2019.

- RECANELLO, C.G; REINERS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S. et al. Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 3, pp. 7111-7118, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10441/11248>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- REIS, L.A; TRAD, L.A.B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 17, n. 3, pp. 28-41, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872015000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003). Acesso em: 01 jul. 2019.
- RIBEIRO, A.P; SOUZA, E.R; ATIE, S. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, pp. 1265-1273, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- ROBBINS, L.B; PENDER, N.J; CONN, V.S. et al. Physical Activity Research in Nursing. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 33, n. 4, pp. 315-321, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00315.x>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- ROLITA, L; SPEGMAN, A; TANG, X. et al. Greater number of narcotic analgesic prescriptions for osteoarthritis is associated with falls and fractures in elderly adults. **J Am Geriatr Soc.**, v.61, n.3, pp. 335-40, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.12148>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- RODRIGUES, G.D; BARBEITO, A.B; ALVES JUNIOR, E.D. Prevenção de Quedas no Idoso: Revisão da Literatura Brasileira. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.10. n.59. pp.431-437, 2016. Disponível em: <http://docplayer.com.br/67409694-Revista-brasileira-de-prescricao-e-fisiologia-do-exercicio-issn-versao-eletronica.html>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- SHAHEEN, A.F.; SOURLAS, A.; HORTON, K. et al. Effects of lighting illuminance levels on stair negotiation performance in individuals with visual impairment. **Journal of Electromyography and Kinesiology**. v.S1050-6411, n.17, pp.30316-4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2018.01.004>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- SHINA, Y.H; HURA, H.K; PENDERB, N.J. et al. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. **International Journal of Nursing Studies**. v. 43, p. 3-10, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.008>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- SAKAKI, M.H.; OLIVEIRA, A.R.; COELHO, F.F. et al. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. **Acta ortop. bras.**, São Paulo.v.12, n.4, pp. 242-249, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522004000400008>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- SAKRAIDA, T.J; NOLA, J.P. Health promotion model. In: Tomey AM, Alligood MR. **Nursing theorists and their work**. 6 ed. St Louis-Missouri (US): Mosby-Elsevier. 2006 p. 452-471.

SANTOS, I; CALDAS, C.P; GAUTHIER, J. et al. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**. v.20., n.1, pp. 4-9, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2012.3967>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SANTOS, I; SOARES C.S; BERARDINELLI L.M.M. Promovendo o autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia: aplicação do Diagrama de Pender. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.3, pp. 301-306, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2013.7457>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SILVA, J.R.S; ASSIS, S.M.B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.10, n.1, pp. 146-152, 2010. Disponível em: [http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118\\_16.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf). Acesso em: 01 jul. 2019.

SILVA, A.C.S; SANTOS, I. Promoção do Autocuidado de Idosos para o Envelhecer Saudável: Aplicação da Teoria de Nola Pender. **Texto contexto - enferm.**,v. 19, n.4, pp.745-753, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400018>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SILVA, T.M; NAKATANI, A.Y.K; SOUZA, A.C.S. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Rev. Eletr. Enf**, v.9, n.1, pp. 64-78, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SILVA, A; FALEIROS, H.H; SHIMIZU, W.A.L et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2181-2190, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800028>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SOUZA, A.M.G; FERREIRA. T.L.S; SANTOS, K.M.R. et al. Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 2, pp. 42-52, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12705>. Acesso em: 01 jul. 2019.

STEVENS, J.A.; BALWIN, G.T.; BALLESTEROS, M.F. et al. An older adult falls research agenda from a public health perspective. **Clin Geriatr Med**. v.26, n.4, pp. 767-779, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.006> Acesso em: 01 jul. 2019.

STROMBORG, M.Y; PENDER, N. J.; WALKER, S. N. et al. Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. **Sot. Sci. Med**, v. 31, n. 10, pp. 1159-1161, 1990. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90237-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90237-M). Acesso em: 01 jul. 2019.

TRENTINI, M; PAIN, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa convergente assistencial- PCA: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Moria. 2014. 176p.

VERA, I; LUCCHESI, R; NAKATANI, A.Y.K. et al. Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, pp. 494-504, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001602014>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, pp. 548-554, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VIEIRA, L.S.; GOMES, A.P.; BIERHALS, I.O. et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 52, n. 22, pp.01-13, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000103>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VIEIRA, C.P.B; ROCHA, A.C.S; CARVALHO, G.M.A. et al. Fatores de risco associados a quedas em idosos. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 11, pp. 4063, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11486/13342>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VIEIRA, K.F.L; BAÍA, R.V; LUCENA, A.L.R. et al. Prevalência e preocupação com o risco de quedas em idosos comunitários. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 11, pp. 351-358, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231210/25216>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas.**, v.22, n.44, pp. 203-220, 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144> Acesso em: 01 jul. 2019.

VRIES, J.O; PEETERS, G.M.E.E; LIPS, P. et al. Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. **Osteoporos Int.**, v.24, n.9, pp. 2397-403, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00198-013-2303-z>. Acesso em: 01 jul. 2019.

WANG, C.; BURRIS, M. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Educ. Behavior**. v.24, n.3, pp. 369-387, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LEAHY-WARREN, P.; DAY, M.R.; PHILPOTT, L. et al. A falls case summary: Application of the public health nursing intervention wheel. **Public Health Nurs.**, v. 35, n. 35, p. 307-316, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phn.12408>. Acesso em: 01 jul. 2019.

WITT, S.; ENGLANDER, E.; KUMLIEN, C. et al. Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in one Swedish county. **Int J Older People Nurs**. v. 13, n. 12, pp. 1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12209>. Acesso em: 01 jul. 2019.

World Health Organization (WHO). Falls. **Fact sheet n° 344**, 2012. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHoGlobal-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

WU, T.Y; PENDER, N. A panel study of physical activity in taiwanese youth: testing the revised health-promotion model. **Family & Community Health**. v. 28, n. 2, p. 113-124, 2005. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15778625>. Acesso em: 01 jul. 2019.

WU, T.Y; PENDER, N; NOUREDDINE, S. Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among taiwanese adolescents: a structural equation modeling approach. **International Journal of Behavioral Medicine**. v. 10, n. 2, p. 93-105, 2003. Disponível em: [https://link.springer.com/article/10.1207/S15327558IJBM1002\\_01](https://link.springer.com/article/10.1207/S15327558IJBM1002_01). Acesso em: 01 jul. 2019.

YAMAMOTO, F.T; PIROLO, S.M; COQUEIRO, D.P. Perfil epidemiológico de idosos submetidos à cirurgia de fratura de fêmur proximal em hospital escola na cidade de Marília, SP. **RBCEH**. v.12, n.2, pp. 101-110, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i2.4791>. Acesso em: 01 jul. 2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- HISTORICO DE ENFERMAGEM

#### A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Sexo:

Idade:

Ler/escrever:

Escolaridade:

Raça/cor:

Religião:

Relação conjugal:

Informações sociofamiliares: 1. Morar sozinho: Sim (S), Não (N)

2. Morar com familiar: Sim (S), Não (N)

3. Reside em ILPI: Sim (S), Não (N)

4. Encontrou com amigos/familiares, fez atividades: Sim (S), Não (N)

5. Caso necessite de acompanhante você terá: Sim (S), Não (N)

6. Fácil acesso supermercado/ padaria/farmácia: Sim (S), Não (N)

7. Fácil acesso a transporte: Sim (S), Não (N)

8. Trabalha Atualmente: Sim (S), Não (N)

9. Recebe aposentadoria ou pensão: Sim (S), Não (N)

10. Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC): Sim (S), Não (N)

11. Recebe Bolsa Família? Sim (S), Não (N)

#### B) AValiação CLÍNICA DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DEPENDER FOCADO EM QUEDA EM QUEDA EM IDOSOS

##### ➤ 1. Avaliação do comportamento prévio

Quais foram as suas experiências com relação as quedas?

---

---

---

---

O que você aprendeu com essa experiência?

➤ **2. Influências Pessoais**

Quais são os benefícios para a sua vida quando há cuidados de prevenção a quedas?

Quais as dificuldades que você enfrenta quando tenta ter esses cuidados de prevenção a quedas?

Como você está seguro (auto-eficácia) que você pode superar essas barreiras para evitar as quedas?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Uncertain

Very Sure

De quais cuidados de prevenção a quedas você mais prefere ter?

---



---



---



---

✓ **3. Influências Interpessoais**

**Normas Sociais** - Algum de seus familiares ou amigos espera que você tenha os cuidados para não cair?

Sim  Não

Se sim, quem?

---



---

**Suporte Social** - Quem irá encorajá-lo (a) a ter esse cuidado de prevenção as quedas ou quem pode lhe ajudar?

---



---

**Modelos de papel** - Há alguém na sua família ou algum de seus amigos que tem esses cuidados para não cair?

Sim  Não

Se sim, quem e o que eles fazem para evitar as quedas?

---



---

✓ **4. Influências Situacionais**

O que você gostaria de estar fazendo para evitar as quedas?

---



---



---

✓ **5. Compromisso com um plano de ação**

Você está pronto para definir metas e desenvolver um plano para evitar as quedas?

Sim  Não

Etapas do Plano

---

---

---

---

✓ **6. Demandas e preferências concorrentes (continuação)**

Depois de tudo que debatemos, que cuidados você vai ter para não cair mais daqui para frente?

---

---

---

Essas conversas que tivemos sobre as quedas e como evitar, o que você achou? Ajudou a ter mais cuidado? Tem outras sugestões ou ideias a nos dar?

---

---

---

## **APÊNDICE B – INSTRUÇÕES PARA OBTENÇÃO DA FOTO**

Convido o (a) senhor (a) para bater 2 fotos: uma no ambiente de casa que mostre situação que pode provocar acidente por queda de pessoas idosas. E, outra foto que seja uma situação que ajude a evitar acidente por queda.

Traga essas fotos para serem mostradas e discutidas no próximo encontro, lembramos que essas fotos não serão publicadas, sendo de uso restrito de pesquisa tão somente por ocasião do encontro e posteriormente serão destruídas.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Universidade Federal do Pará**  
**Instituto de Ciências da Saúde**  
**Faculdade de Enfermagem**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado Senhor (a)

Você foi selecionado(a) e assim convidamos para participar da pesquisa: “**O Protagonismo da Prevenção de Quedas por Idosos na Perspectiva da Promoção da Saúde de Nola Pender**”. Esta pesquisa está sendo realizada para a Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Ana Rafaela Souza Rodrigues, sob orientação da Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves, na Unidade Básica de Saúde do bairro do Guamá. Esse estudo tem como objetivos: 1) Aplicar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender no processo de Enfermagem junto a idosos com risco para quedas; 2) Avaliar os comportamentos de saúde dos idosos com risco para queda acerca de prevenção de acidentes por queda; 3) Explorar práticas autoeficazes de comportamentos seguros face o evento quedas por idosos conviventes em comunidade.

Com esse estudo se buscará verificar os comportamentos de saúde dos idosos ao evento queda, sendo relevante compreender a ações de saúde do idoso referente a este evento, que é umas das mais preocupantes e recorrentes no processo de envelhecimento, trazendo altos índices de hospitalização, consequências que podem ser de médio à longo prazos e por fim gerando grandes gastos ao poder público.

Sua participação consistirá em responder perguntas, questionários e fotografias, que não serão identificadas com o seu nome em nenhuma hipótese. Todos os dados colhidos serão divulgados apenas agregados, preservando assim o anonimato das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se a não participar dela, como também ao aceitar, poderá recusar-se a responder algumas perguntas, não tendo com isso nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições que frequenta e recebe assistência de saúde. Após a conclusão do trabalho em campo, os dados analisados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dada ampla divulgação.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco e-mail: [anrafaela\\_portugal@hotmail.com](mailto:anrafaela_portugal@hotmail.com) ou por meio dos telefones: (91) 98181-3774. Também poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves por e-mail: [lhtakase@gmail.com](mailto:lhtakase@gmail.com) ou por fone: (48) 9991-5193.

Profa. Dra. Lucia Hisako Takae Gonçalves  
Pesquisadora Responsável

Ana Rafaela Souza Rodrigues  
Pesquisadora Principal

### **Consentimento Pós-Informação**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando na coleta de dados

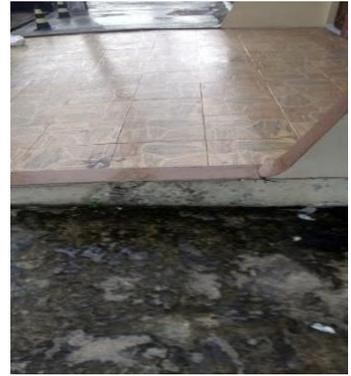
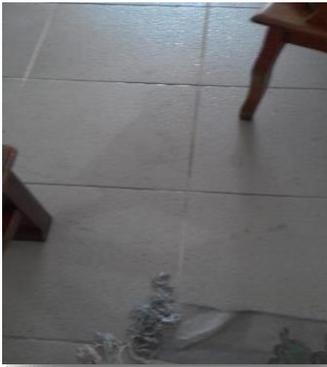
Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Nota: O presente documento assinado em duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e outro entregue ao (à) participante da pesquisa

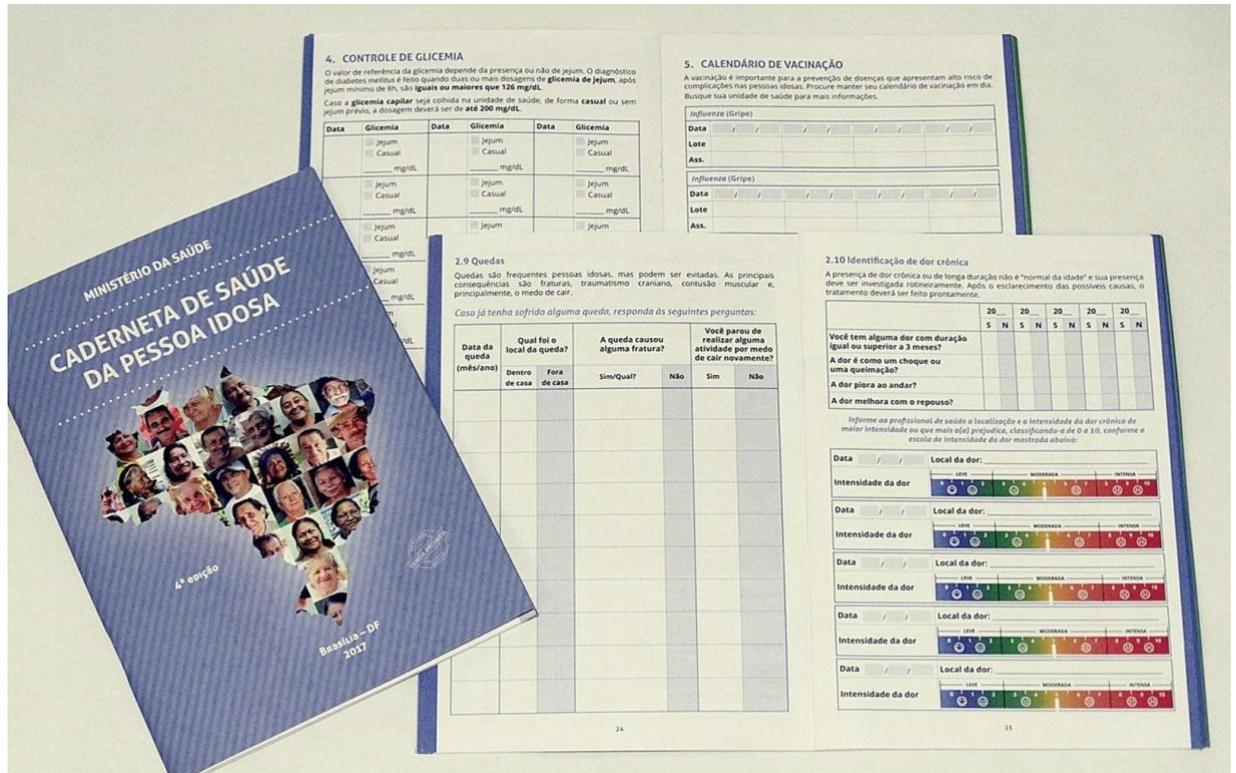
**APÊNDICE D – FOTOS DE RISCO E DE PREVENÇÃO AS QUEDAS**





ANEXOS

ANEXO A – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



1) Tabela 2.8: Avaliação Ambiental (pág. 23 da caderneta)

Itens importantes para a segurança do domicílio		20	20	20	20	20					
Local	Item	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas										
	Presença de barras de apoio										
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos										
Iluminação	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus										
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos										
Banheiro	Área do chuveiro com antiderrapante										
	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme										
Cozinha e quarto	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada										
Escada <i>não há</i>	Piso antiderrapante										
	Corrimão dos dois lados e firme										

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa apresenta uma lista de fatores de proteção relacionados aos fatores de risco ambientais que aumentam a propensão de quedas, que foi desenvolvida para direcionar o olhar da equipe de saúde, da pessoa idosa e de seus familiares

- A Caderneta de saúde da pessoa Idosa apresenta uma lista de fatores de proteção relacionados aos fatores de risco ambientais que aumentam a propensão de quedas, que foi desenvolvida para direcionar o olhar da equipe de saúde, da pessoa idosa e de seus familiares, para garantir maior segurança, no domicílio. (Fonte: Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa)
- Recomenda-se que mesmo que não exista nenhum dos problemas listados, haja orientação da família e das pessoas idosas (sobretudo as com vulnerabilidade, histórico de quedas, fatores de risco intrínsecos relacionado a quedas, como hipotensão ortostática, tontura e problema de visão), quanto a esses fatores ambientais. (Fonte: Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa)

2) Tabela 2.9: Quedas (pág. 24 da caderneta)

Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

Nesta seção, aborda-se a existência de histórico de quedas da pessoa idosa. Ainda que não tenha apresentado complicações graves, as causas da queda devem ser investigadas.

3) Tabela 2.11: Hábitos de vida (pág. 26 e 27 da caderneta)

	Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?
Interesse	Você realiza algum trabalho voluntário?
	Você tem alguma atividade de lazer?
Atividade física	Você pratica algum tipo de atividade física (como caminhadas, natação, dança, ginástica etc.), pelo menos três vezes por semana?
	Você gostaria de começar algum programa de atividade física?
Alimentação	Você faz pelo menos três refeições por dia?
	Você come frutas, legumes e verduras em suas refeições ao longo do dia?
	Em pelo menos uma refeição diária, você come carnes, peixes ou ovos?
	Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?
	No preparo das suas refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?
	Na sua rotina diária, você inclui a ingestão de água?
Tabagismo	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?
	Você gostaria de parar de fumar?
	Você é ex-fumante?
Alcoolismo	Você consome bebida alcoólica?
	Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool?
	Alguém já criticou você por beber?
	Sente-se culpado(a) por beber?
	Costuma beber logo pela manhã?

.....  
 Nesta seção, são realizadas perguntas para a identificação de hábitos de vida, divididas em 5 grupos: interesse social e lazer, atividade física, alimentação, tabagismo e álcool.

4) Tabela 3: Controle da Pressão Arterial (pág. 28 a 31 da caderneta)

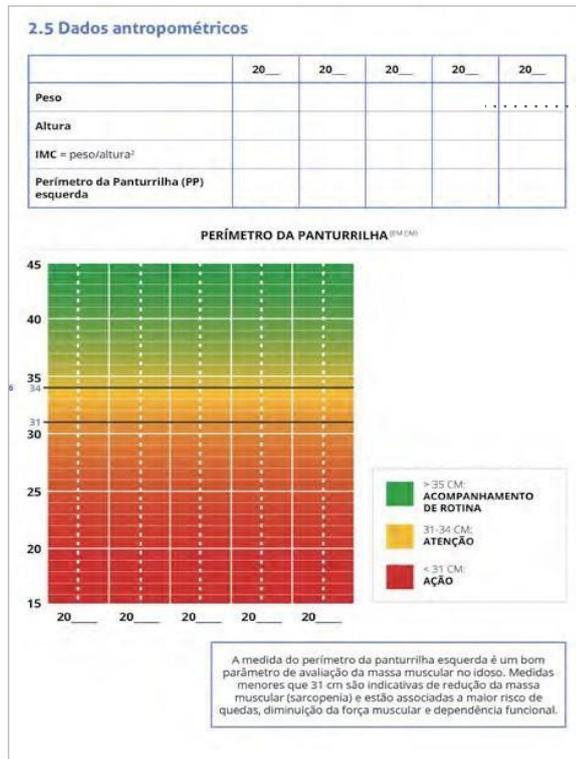
Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.

.....  
**ESTA TABELA**

Para o acompanhamento longitudinal da pressão arterial do usuário, recomenda-se o registro deste sinal vital no mínimo uma vez a cada três meses em todas as pessoas idosas, com o preenchimento correto da data na qual a pressão arterial foi aferida e os valores de P.A.

- Recomenda-se, a medida da pressão arterial nas posições deitada, sentada e de pé, pois é a única forma de se perceber a hipotensão ortostática, que é frequente nas pessoas idosas e pode ser causa de tonturas e quedas.

5) Tabela 2.5: Dados Antropométricos (pág. 16)



**ESTA TABELA**

Nesta seção, são registrados campos essenciais de acompanhamento nutricional das pessoas idosas. A verificação de medidas antropométricas é uma boa maneira de reconhecer os sujeitos ou grupos que apresentam agravos ou riscos relacionados ao estado nutricional.

## 6) Tabela 2.6 Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13, pág.18)

<b>3. LIMITAÇÃO FÍSICA</b>					
<b>Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:</b>					
	<b>Nenhuma dificuldade</b>	<b>Pouca Dificuldade</b>	<b>Média (alguma) dificuldade</b>	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Incapaz de fazer (não consegue fazer)</b>
<b>Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se</b>					
<b>Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg</b>					
<b>Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro</b>					
<b>Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos</b>					
<b>Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)</b>					
<b>Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas</b>					
18					

**ESTA TABELA**

O VES-13 é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (SALIBA et al., 2001). É um questionário de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores, dispensando a observação direta do usuário. Baseia-se no registro das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano.

## ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MINIMENTAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

<b>NOME:</b>		<b>IDADE:</b>				
<b>RAÇA/COR:</b> ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		<b>CNS:</b>	<b>SEXO:</b> F ( ) M ( )			
<b>ESCOLARIDADE EM ANOS:</b>		<b>TEL:</b>				
<b>UBS:</b>		<b>EQUIPE:</b>				
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MINIMENTAL						
INSTRUÇÕES						
Aplicar os 11 testes seguindo as orientações conforme o nível de instrução do idoso, assinalando a pontuação obtida em cada item. Anexar a este instrumento os registros gráficos (frase e desenho) realizados pelo idoso em folha à parte (itens 10 e 11), com a identificação do usuário. Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão, suspender a testagem no dia.						
1.	Orientação temporal (0 a 5 pontos)	Em que dia estamos?	ANO	1	DIA	1
			SEMESTRE	1	DIA DA SEMANA	1
			MÊS	1	TOTAL	
2.	Orientação espacial (0 a 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	Rua	1
			Cidade	1	Local	1
			Bairro	1	TOTAL	
3.	Repita as palavras (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos até que o entrevistado o aprenda. Faça 5 repetições no máximo.	CANECA	1		
			TIJOLO	1		
			TAPETE	1	TOTAL	
4.	Este item deve ser realizado de acordo com a capacidade do idoso em realizar cálculos ou seu grau de alfabetização.	Para o idoso que faz cálculos	Quanto é 100 - 7?	93	1	Para o idoso alfabetizado
			Quanto é 93 - 7?	86	1	Peça a pessoa idosa que soletre a
			Quanto é 86 - 7?	79	1	palavra MUNDO
			Quanto é 79 - 7?	72	1	de trás para
			Quanto é 72 - 7?	65	1	frente!
			TOTAL		5	O
			D	1		
			N	1		
			U	1		
			M	1		
			TOTAL			
5.	Memorização (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras ditas anteriormente (no item 3)	CANECA	1		
			TIJOLO	1		
			TAPETE	1	TOTAL	
6.	Linguagem 1 (0 a 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	RELÓGIO	1		
			CANETA	1		
			TOTAL			
7.	Linguagem 2 (0 a 1 ponto)	Peça ao idoso que repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	NÃO REPETE	0		
			REPETE	1		
			TOTAL			
8.	Linguagem 3 (0 a 3 pontos)	Peça ao idoso que siga uma ordem de 3 estágios de comando:	Pegue o papel com a mão direita	1		
			Dobre o papel ao meio	1		
			Ponha o papel no chão	1		
			TOTAL			
9.	Linguagem 4 (0 a 1 ponto)	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS!" Peça ao idoso que leia o comando e execute.	NÃO EXECUTA	0		
			EXECUTA	1		
			TOTAL			
10.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa para escrever uma frase completa:	NÃO EXECUTA	0		
			EXECUTA	1		
			TOTAL			
11.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa que copie o desenho ao lado		NÃO EXECUTA	0	
				EXECUTA	1	
				TOTAL		
				TOTAL GERAL		
INTERPRETAÇÃO		OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):				
A nota de corte deve levar em consideração o nível de escolaridade do idoso avaliado.						
ANALFABETOS: 20 pontos						
1 a 4 anos de escolaridade: 25 pontos						
5 a 8 anos de escolaridade: 27 pontos						
9 a 11 anos de escolaridade: 28 pontos						
mais que 11 anos de escolaridade: 29 pontos						
Data: ____/____/____		Nome Legível e Assinatura do profissional:				

## ANEXO C – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO DE QUEDAS POR IDOSOS NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

**Pesquisador:** Ana Rafaela Souza Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89614318.8.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.728.397

#### Apresentação do Projeto:

As doenças e deficiências relacionadas com a idade, bem como as alterações advindas pelo processo de envelhecimento que afetam funções sensoriais e motoras, colocam pessoas idosas em maior risco de quedas se comparado a jovens. Além dos fatores de risco intrínsecos, os riscos ambientais são outros líderes de causas de quedas em pessoas idosas, representando cerca de um terço de cenas relatadas. Os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente, mais de 70% das quedas ocorrem em casa, e o risco se torna maior se o idoso vive só. E no que concerne ao Estado do Pará, destaca-se que 4.597 pessoas no período de janeiro a outubro de 2016 foram internadas por quedas no Estado do Pará, sendo que 781 são idosos. Neste mesmo período 57,7% dos óbitos por queda foram correspondentes a terceira idade. Frente os dados epidemiológicos e considerando que muitos fatores de riscos para quedas podem ser afastados, faz-se necessários estudos de comportamentos preventivos. Optou-se para a seguinte questão de pesquisa: Como é o estilo de vida dos idosos que consideram ou não comportamentos de prevenção de quedas? Como o Modelo de Promoção da Saúde de Pender pode contribuir na mudança do estilo de vida dos idosos relativos a prevenção de quedas? Objetivos: Aplicar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender no processo de Enfermagem junto a idosos com risco para quedas; Avaliar os comportamentos de saúde dos idosos com risco para queda acerca de prevenção de acidentes por queda; Explorar práticas autoeficazes de comportamentos seguros face o evento quedas por idosos conviventes em comunidade. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa convergente

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.728.397

assistencial, valendo-se de multimétodos na implementação do projeto qual sejam: técnica de grupo focal, considerando abordagem grupal e uso da técnica da Photovoice para identificação de alguns preceitos pessoais acerca de comportamentos de prevenção de quedas. A amostra, em torno de 10 idosos (n razoável para a condução de grupo focal), será selecionada intencionalmente após aplicação da caderneta do idoso, para identificar aqueles com fatores de risco para quedas. Os idosos participantes serão usuários da unidade básica de saúde do Guamá, Belém-PA.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Aplicar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender no processo de Enfermagem junto a idosos com risco para quedas.

**Objetivo Secundário:** Avaliar os comportamentos de saúde dos idosos com risco para queda acerca de prevenção de acidentes por queda. Explorar práticas autoeficazes de comportamentos seguros face o evento quedas por idosos conviventes em comunidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** O risco mínimo para essa pesquisa está relacionado à quebra do sigilo de anonimato das participantes, sendo que os dados coletados na entrevista não serão identificáveis, garantindo assim, o seu sigilo e anonimato.

**Benefícios:** A pesquisa em questão será importante para contribuir com as pesquisas da enfermagem brasileira, possibilitando uma nova abordagem a respeito de comportamentos de saúde benéficos para a população envelhecente, principalmente ao que concerne a prevenção de quedas; também torna-se relevante para a prática assistencial, possibilitando o fazer do enfermeiro seja voltado para o protagonismo do usuário idoso - baseado nas ações de autoeficácia e permitindo o empoderamento desses idosos quanto aos comportamentos de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.728.397

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1113921.pdf	15/05/2018 14:15:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/05/2018 14:14:59	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RAFAELA2104.docx	15/05/2018 14:02:56	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Cronograma	CRO.docx	15/05/2018 14:00:57	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	etica.jpeg	15/05/2018 11:22:53	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMA.jpeg	15/05/2018 11:11:55	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	ori.jpeg	15/05/2018 11:11:42	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesq.jpeg	15/05/2018 11:08:11	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	fr.pdf	15/05/2018 11:05:05	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	DIOF.jpeg	21/04/2018 10:16:27	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/04/2018 10:14:13	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

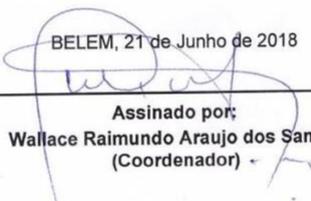
Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.728.397

BELEM, 21 de Junho de 2018

  
Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.728.397

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1113921.pdf	15/05/2018 14:15:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/05/2018 14:14:59	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RAFAELA2104.docx	15/05/2018 14:02:56	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Cronograma	CRO.docx	15/05/2018 14:00:57	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	etica.jpeg	15/05/2018 11:22:53	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMA.jpeg	15/05/2018 11:11:55	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	ori.jpeg	15/05/2018 11:11:42	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesq.jpeg	15/05/2018 11:08:11	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	fr.pdf	15/05/2018 11:05:05	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Outros	DIOF.jpeg	21/04/2018 10:16:27	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/04/2018 10:14:13	Ana Rafaela Souza Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br