UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

ZULEIKA DANTAS DO VALE TAVARES

UM NOVO OLHAR SOBRE AS QUEDAS EM IDOSOS: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO AMBIENTAL E PREVENÇÃO.

Natal - RN
2016

ZULEIKA DANTAS DO VALE TAVARES

UM NOVO OLHAR SOBRE AS QUEDAS EM IDOSOS: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO AMBIENTAL E PREVENÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao 0 – Mestrado profissional em Saúde da Família – MPSF/ RENASF/ UFRN

Orientadora: Profa. Dra. Vilani Medeiros Araújo Nunes.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: *Promoção da Saúde*

Natal – RN
2016

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Tavares, Zuleika Dantas do Vale.
Um novo olhar sobre as quedas em idosos: proposta de diagnóstico ambiental e prevenção / Zuleika Dantas do Vale Tavares. - Natal, 2016.
66f: il.

Orientadora: : Prof.ª Dr.ª Vilani Medeiros Araújo Nunes.
Dissertação (Mestrado) - Mestrado profissional em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Idoso - Dissertação. 2. Acidente por queda - Dissertação. 3. Prevenção - Dissertação. 4. Habitação - Dissertação. I. Nunes, Vilani Medeiros Araújo. II. Título.

RN/UF/BS-CCS CDU 616-053.9

Zuleika Dantas do Vale Tavares

UM NOVO OLHAR SOBRE AS QUEDAS EM IDOSOS: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO AMBIENTAL E PREVENÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Vilani Medeiros de A. Nunes

Profª.Dra. Vilani Medeiros de Araújo Nunes – UFRN

(Orientadora)

Prof. Dr. Antônio Medeiros Junior – UFRN

(Membro Interno)

Prof. Dr. João Carlos Alchieri – UERN

(Membro Externo ao Programa)

Profa. Dra. Maria Goretti da Cunha Lisboa – UEPB

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 10 de junho de 2016.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Senhor por suas bênçãos em minha vida.

Meu eterno obrigada a meu amor Elcio Tavares e aos frutos desse amor Luana e Gabriel Tavares, por me ajudarem a chegar ao final dessa jornada.

Aos meus Familiares, em especial a meus pais, irmãos e ao meu sogro Espedito Tavares pela dedicação na leitura deste estudo.

Aos meus amigos do mestrado agradeço pela generosidade de compartilharem seus conhecimentos, sua amizade e por tantos momentos especiais.

A professora Vilani Medeiros de Araújo Nunes que além de me orientar, me trouxe a paz em seus abraços e sua doce voz.

Aos professores do programa pelo amor e dedicação presentes durante cada encontro.

Agradeço aos generosos ensinamentos e contribuições dos professores Antônio Medeiros Júnior, Ana Karenina de Melo Arraes Amorim e Grasiela Piuvesam

A todos que trabalham no departamento do mestrado profissional em saúde da família, em especial a Flávia.

Desde a graduação me espelho em duas professoras que gostaria de agradecer por serem luz: professora Bertha Cruz Enders e Rosana Lucia Alves de Villar.

“ Que cada comunidade acompanhe

com uma compreensão amorosa

todos os que envelhecem”.

João Paulo II

RESUMO

O envelhecimento populacional implica na necessidade de um novo olhar para prevenção de quedas e segurança domiciliar do idoso, principalmente diante da evidência de que os idosos ficam a maior parte de seu tempo em casa. O objetivo principal deste estudo é implantar uma estratégia de ação para prevenção de quedas em pessoas idosas, a partir da elaboração de um guia de segurança ambiental e utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. Para tanto, foi realizado uma pesquisa ação com uma das etapas de diagnóstico feita a partir de um estudo analítico e observacional com abordagem quantitativa em 288 idosos, com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, na zona rural de São José de Mipibu-RN, em 2016, através do método de amostra probabilística aleatória simples (p=0,30 e e=0,05). Utilizou-se o questionário de avaliação ambiental e quedas pertencente à caderneta de saúde da pessoa idosa. Capacitaram-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no reconhecimento e identificação dos riscos ambientais de quedas do domicilio da pessoa idosa através de um Guia produzido pelas autoras, fruto da intervenção da pesquisa, intitulado: Lar seguro, idoso ativo. Verificou-se que o ambiente domiciliar do idoso é inseguro, grande parte das habitações são oriundas de projeto de habitação do governo federal e são entregues sem qualquer item de segurança ambiental. A avaliação ambiental quanto à iluminação mostrou-se segura, apontando para interruptores de fácil acesso na entrada dos cômodos. O banheiro é o cômodo mais inseguro e a cozinha e o quarto cômodos menos inseguros. Observou-se que os idosos apresentavam algum tipo de redução da sua capacidade de deambulação, auditiva ou visual, porém apenas 10,42% deles relataram essa dificuldade, fator que pode predispor a quedas. Foi observada queda em 24,65% dos entrevistados tendo a maioria ocorrido dentro de casa (63,38%). Verificou-se ainda que 23,94% das quedas resultaram em algum tipo de fratura e 21,13% dos idosos afirmaram ter paralisado suas atividades por medo de cair novamente, além de 15,49% terem caído mais de uma vez no ano. Os itens de segurança só foram encontrados em domicílios em que o idoso sofreu alguma queda, indicando que é possível a aquisição de itens de segurança. Entretanto, os idosos só os obtêm após a ocorrência de quedas, evidenciando a falta de prevenção, que pode ser feita, não só com a aquisição de itens de segurança, mas com algumas orientações encontradas no guia citado acima. O mesmo mostrou-se uma ferramenta coletiva eficiente, capaz de proporcionar o reconhecimento de um ambiente propenso a quedas, e possível intervenção junto ao idoso e seus familiares para prevenção de quedas.

Palavras-chave: Idoso, Acidentes por quedas, Habitação, Prevenção.

ABSTRACT

The population aging implies the need for a new look for fall prevention and home security of the elderly, especially in the face of evidence that elderly are most of their time at home. The aim of this study is to implement an action plan for preventing falls in older people, starting from the preparation of an environmental safety guide and elderly health booklet. Therefore, we performed an analytical, observational cross-sectional study with a quantitative approach, in 288 elderly people aged over 60 years old, of both male and female sexes, in the countryside of São José de Mipibu City in the State of Rio Grande do Norte, in 2016, by the simple random probability sampling method ($p = 0.30$ and $e = 0.05$). We used the questionnaire environmental assessment and falls belonging to elderly health booklet. We enabled the ACS American College of Surgeons (ACS) criteria for recognition and identification of risks of elderly falls at home, method of recognition and identification of the risks of falls of domicile of the elderly producing a guide by the authors, result of the research intervention, titled Home security insurance, active seniors elderly. It was showed that the most homes of the elderly people are unsafe, and most of the houses are built from the Federal Brazilian housing project of the federal government and delivered without any environmental safety item. The environmental assessment regarding the lighting proved to be safe, pointing to switches for easy access at the room entrance. The bathroom is the most insecure room, and even though the kitchen and the bedrooms are the less unsafe rooms. It was observed that most of elderly people usually had present some type of reduced mobility, as well as walking, auditory or visual ability, but only 10.42% of them reported such deficiency, as factors that may predispose them to the risk of falls. Falls were observed in 24.65% of the seniors respondents and the majority of these falls occurred indoors (63.38%). It was also found that 23.94% of falls resulted in some kind of bone fracture and 21.13% of seniors said they had paralyzed their activities, for fearing of falling again, and 15.49% have fallen more than once a year. Security items were only found in households where the elderly had been dropped, indicating that the purchase of security items is always possible, however the elderly only get them after the occurrence of falls, indicating the lack of prevention that can be done not only with the purchase of safety items, but with some guidelines found in the Guide above mentioned. The same proved to be an effective collective tool, capable of recognizing a prone to falls environment and possible intervention with the elderly and their families to prevent falls.

Keywords: Elderly, Accidental Falls, Housing, Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1 – Porcentagem referente a com quem reside a pessoa idosa.....35

Gráfico 2 - Itens importantes para segurança do domicilio quanto à iluminação.....37

Gráfico 3 - Itens importantes para segurança do domicilio quanto ao banheiro.....37

Gráfico 4 – Local de ocorrência de quedas 38

Gráfico 5 – Afirmação de ocorrência de quedas 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados 33

Tabela 2 – Informações sociais e familiares 34

Tabela 3 – Afirmação de ocorrência de quedas versus informações sociais e familiares.....35

Tabela 4 – Itens importantes para segurança do domicilio 36

Tabela 5 – Avaliação sobre a ocorrência de quedas versus itens importantes para segurança do domicilio.....40

Tabela 6 – Afirmação de ocorrência de quedas versus itens importantes para segurança do domicilio.....41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Novo sistema de informação do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 Abordagem do tema 12
1.2 Justificativa e relevância do estudo 15
2 OBJETIVOS 16
2.1 Objetivo geral 16
2.2 Objetivo específico 16
3 REFERENCIAL TEÓRICO 16
3.1 O envelhecimento populacional na perspectiva das políticas pública 17
3.2 Caderneta de saúde da pessoa idosa e quedas 25
3.3 As quedas em pessoas idosas 23
3.4 A segurança ambiental e o domicílio da pessoa idosa 26
4 METODOLOGIA 28
4.1 Tipo de estudo 28
4.2 Local de estudo 28
4.3 População e amostra 28
4.4 Critérios de inclusão e exclusão 29
4.5 Contexto da intervenção 30
4.6 Instrumentos de coletas de dados 31
4.6.1 Procedimentos de coleta de dados 31
4.7 Processamento e análise dos dados 32
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 32
5.1 Caracterização dos sujeitos da amostra 32
5.2 Informações sociais e familiares 33
5.3 Itens importantes para segurança do domicílio 35
5.4 Avaliação do risco de quedas 38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, PROPOSIÇÕES E DESAFIOS 42
REFERÊNCIAS 44
ANEXO A: Questionário sobre Quedas 48
ANEXO B: Questionário Avaliação Ambiental 49
APÊNDICES A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 50
APÊNDICES B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 51
APÊNDICES C: Carta de Anuência 52
APÊNDICES D: Guia Lar Seguro, Idoso Ativo 53

1 INTRODUÇÃO

1.1- ABORDAGEM DO TEMA

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equânime nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela que tem idade a partir de 60 anos, para os países considerados em desenvolvimento, enquanto esse limite sobe para 65 anos de idade no caso dos países desenvolvidos (NUNES, 2012).

Segundo o censo brasileiro de 2010, a população de 60 anos ou mais de idade era de 20,6 milhões de pessoas, contra 14,5 milhões em 2000 e 10,7 milhões em 1991. A proporção de idosos na década de 1990 era de 7,3%, contra 8,6% em 2000 e 10,8% em 2010. Nesse período, por conseguinte, o número de idosos aumentou em quase dez milhões, resultado do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida. Dados semelhantes são observados na região Nordeste, onde a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991, a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010 (IBGE, 2010).

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, enquanto que nos demais, esse processo aconteceu de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2010a), fato observado por Ramos (1999), relatando que o envelhecimento da população brasileira foi um tanto que artificial, uma vez que não decorreu de políticas públicas voltadas para melhorar a qualidade de vida da população, mas de intervenções da tecnologia médica.

Veras (2009) chama atenção para o duplo desafio posto pelo processo de envelhecimento brasileiro: necessidade de assegurar serviços de qualidade para os idosos e concomitantemente capacitar recursos humanos de excelência e conhecimento qualificado para lidar com esse grupo etário que cresce de forma acelerada no país.

No âmbito das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil, temos a Constituição Federal de 1988 que tratou da velhice como direito fundamental, o Estatuto do Idoso, instituído em 2003 e o Pacto pela Saúde, em 2006, que em suas três dimensões apresentou o pacto pela vida (BRASIL,2006a; BRASIL,2003).

Como ação estratégica do pacto pela vida surge a ação de implantar a caderneta de saúde da pessoa idosa, com informações relevantes sobre saúde, possibilitando melhor acompanhamento da pessoa idosa por parte dos trabalhadores de saúde (SANTOS, 2008).

Recentemente, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa passou por um processo de revisão. A nova versão 2014, traz instrumentos que proporcionam a identificação do idoso vulnerável, da dor crônica, dos hábitos de vida e que proporcionam a avaliação ambiental, o diagnóstico, monitoramento e a prevenção de quedas em pessoas idosas, considerada de grande importância relacionando-se à capacidade funcional como um componente capaz de melhor refletir o estado de saúde do idoso e de melhor sinalizar as reais necessidades de cuidados que requer esta população. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, assim como os programas e ações dela resultantes introduziram capacidade funcional como paradigma central. Tornou-se obrigatória, então, a discussão sobre os eventos incapacitantes, onde se distingue a ocorrência de quedas, por sua elevada frequência em pessoas idosas e por suas consequências deletérias, principalmente, a fratura de fêmur. O diagnóstico precoce de riscos, lidar com a vergonha de ter caído, com o medo de cair e com as sequelas funcionais que pioram as condições de vida e saúde dos idosos caidores situam-se entre os maiores desafios das intervenções em saúde da pessoa idosa.

Fabricio (2004) sugere a necessidade de se associar a ênfase da prevenção de quedas à Política Nacional do Idoso. A sua efetividade poderia ocorrer por meio de visitas domiciliares, pois essa política aborda este tipo de assistência. Para tal, seria necessário capacitar profissionais da rede de saúde pública e promover a organização de serviços para que a atenção ao idoso seja uma política governamental efetivada.

A queda é definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo. Alguns pesquisadores discutem em incluir nessa definição os tropeços e escorregões (DAMIÁN,2013).

As quedas em indivíduos acima dos 60 anos são tão frequentes que há muito tempo são aceitas como efeitos “naturais” do envelhecimento. Tal observação repousa no fato de que pelo menos 30% dos idosos no Brasil sofrem um episódio de queda por ano (PEREIRA et al., 2002).

Para De Moraes (2015), a queda em idosos é relevante em razão de sua alta prevalência, da elevada morbidade e do grande impacto na vida dos indivíduos. Celich (2012) em seus estudos cita que o local onde ocorre a queda parece estar associado à realização das atividades da vida diária e ocorre dentro de sua própria casa e ressalta que orientar o idoso e seus familiares sobre os riscos de queda e suas consequências poderá fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de situações de limitação e/ou dependência, nas quais o idoso perde sua autonomia, desencadeando situações de fragilidade que podem levar a quadros depressivos e a uma baixa qualidade de vida.

A literatura sobre a segurança do ambiente domiciliar do idoso é escassa, apontam apenas a identificação dos locais em que ocorreram as quedas, as consequências para o idoso e sua qualidade de vida, porém estudos sobre a avaliação ambiental para o risco de quedas em idosos é negligenciado.

1.2- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A pessoa idosa foi presença marcante em todo meu processo de formação profissional. Fiz estágio curricular numa instituição de idosos, o que me incentivou a participar da pastoral da pessoa idosa na igreja católica e atuando na ESF (Estratégia de Saúde da Família) a realizar especialização em gerontologia.

A vivência há mais de uma década na ESF realizando acolhimentos e visitas domiciliares proporcionou o vínculo e a inquietação na observação de quedas na pessoa idosa, evento não notificado nem monitorado, onde não existe no sistema de informação da atenção básica (SIAB), nem no novo sistema e-SUS, a solicitação dessa informação, corroborando para falta de dados em relação às quedas.

Em pesquisa de campo realizada em 2012 junto com os ACS (agente comunitário de saúde) na comunidade que atuava com 231 idosos, verificamos que todos possuíam a caderneta, porém em nenhum havia o registro para quedas e não havia na caderneta a avaliação ambiental da residência do idoso. A distribuição da caderneta da pessoa idosa se faz sem uma sistematização do seu acompanhamento e os indicadores de quedas não são identificados para fornecer subsídios ao planejamento de saúde na ESF. Esses fatores incentivaram a realização desse estudo.

A maioria dos estudos sobre o tema pesquisado tem como abordagem central o sujeito que sofreu a queda e as consequências de saúde e o seu efeito na qualidade de vida após o agravo. Outros buscam compreender os fatores determinantes da queda a partir da sua ocorrência, porém são escassos na literatura estudos que avaliem tais fatores na comunidade, especialmente as causas extrínsecas ou quando o acidente ainda não ocorreu (RIBEIRO; SOUZA,2008).

As informações derivadas deste estudo darão subsídio para realização de um trabalho de prevenção, registro e acompanhamento de indicadores de quedas na atenção básica. A utilização do guia: lar seguro idoso ativo, escrito pelas autoras e a realização de capacitação para agentes comunitários de saúde, proporcionarão aporte ao desenvolvimento de ações de um ambiente domiciliar mais seguro, contribuindo para prevenção de quedas em idosos e também para fomentar o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Sabe-se da importância da capacitação de toda a equipe para o agravo quedas e segurança ambiental, o guia servira de ferramenta para capacitação de toda equipe. A escolha do ACS, como primeiro profissional a ser capacitado deu-se por ser este um membro da comunidade, possuir maior vínculo e estar diariamente na casa da pessoa idosa, tornando-se multiplicador não só para o idoso e sua família, como para toda população.

A zona rural do Município de São José de Mipibu foi escolhida por ser o município de atuação profissional da autora, pela fragilidade das habitações dessa comunidade e por apresentar um maior número de idosos que a Zona urbana.

2- OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Geral: Implantar uma estratégia de ação para prevenção de quedas em pessoas idosas, a partir da elaboração de um guia de segurança ambiental visando contribuir para uma política de cuidados domiciliares no município de São José de Mipibu, RN.

2.2 Específicos

- Caracterizar as pessoas idosas residentes na zona rural sob os aspectos sócio demográficos;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) no reconhecimento e identificação dos riscos ambientais de quedas do domicilio da pessoa idosa;
- Realizar um levantamento da prevalência de quedas ocorridas nos domicílios das pessoas idosas;
- Avaliar a segurança do domicilio da pessoa idosa para o risco de quedas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No intuito de compreender melhor a temática sobre segurança ambiental e quedas em idosos é importante relacionar esses tópicos a alguns aspectos que serão abordados neste capítulo, como: o envelhecimento populacional e políticas públicas para proteção do idoso, o uso de ferramentas como a caderneta de saúde da pessoa idosa para registro e prevenção de quedas, avaliação ambiental e a importância de um ambiente seguro para o risco de quedas.

3.1 O envelhecimento populacional na perspectiva das políticas públicas

No que se refere às Políticas Públicas no Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). A Constituição Federal representou um grande avanço no discurso constitucional, especialmente no art. 3^0 onde afirmou que a República deve promover o bem de todos, sem preconceitos de qualquer natureza, inclusive a idade. Dispositivo semelhante não esteve presente em nenhuma das constituições anteriores (RAMOS, 1999; BRASIL, 1988).

Apesar de a Constituição em 1988 avançar na declaração dos direitos dos idosos, estabelecendo deveres da sociedade, família e Estado na garantia do bem-estar dessa população, somente com a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (regulamentada em 1996) foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa lei pode ser caracterizada como um marco legal nas políticas de assistência, proteção e apoio aos maiores de 60 anos, uma vez que estabeleceu uma série de princípios e diretrizes visando assegurar a manutenção da autonomia e a promoção da saúde e qualidade de vida (BRASIL,2006b; BRASIL,1996).

Uma das diretrizes que merece ser destacada é a que prega a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”. Essa diretriz enfatizou o instituído no artigo 230 da Constituição de 1988 que afirmou que o cuidado ao idoso, através de programas de assistência, deveria ser feito preferencialmente em sua residência (GROISMAN,2014).

Esta política também assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1999).

Em 1994, o Ministério da Saúde, adotou o Programa Saúde da família (PSF) com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela

estabelecidas. Aí também se propõem ações visando à prevenção de perdas funcionais, como exemplo: vacinas, prevenção de deficiências nutricionais, prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, dentre outras ações (Brasil,1999).

Em 2002, diante da necessidade de colocar em prática as proposições propostas na PNI e na PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso) o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002, a qual dispôs sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essa portaria objetivou colocar na prática as diretrizes da Política Nacional do Idoso como: “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais” (Brasil,1999).

Em 1º de outubro de 2003 ocorre o marco no processo de garantia dos direitos da pessoa idosa: a Lei: 10.741, que instituiu o Estatuto do Idoso e também dispõe sobre o direito à saúde da pessoa idosa em capítulo próprio (Artigos. 15 a 19) e estabelece penas em casos de violações (Brasil, 2003). O Estatuto estabeleceu os direitos fundamentais dessa população, as medidas de proteção e de atendimento ao idoso, assim como as condutas contra os idosos que constituem crimes como negligência, discriminações, violência, crueldade ou opressão. O Estatuto consolida, em uma ampla peça legal, muitas das leis e políticas anteriormente aprovadas, além de incorporar novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Esse documento constitui um instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área. Serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice (BRASIL, 2006a).

Ainda dentro da ótica das Políticas Públicas ligadas ao envelhecimento humano no país, a Portaria/GM nº 399, publicada em 22/02/2006, apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006c). A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez

na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira é explicitada (SILVA, 2008).

Importante ressaltar que a área técnica da saúde do Idoso reafirma essa preocupação quando relata a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, a partir da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, por meio da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo. Assim, a Saúde do Idoso tornou-se uma das prioridades do Pacto Pela Vida como consequência da dinâmica demográfica do país e dentre essas ações do pacto pela vida visando saúde do idoso estava a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa (SILVA, 2008).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, em que ficava estabelecido que o PSF (Programa de Saúde da Família) é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, passando a ser denominado de "Estratégia de Saúde da Família" (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa". A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2012a). Fato ratificado por De Oliveira (2014) quando cita que A ESF se constitui em espaço privilegiado para a atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar.

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, representando, assim a atualização da antiga portaria (nº 1935/94). Essa Portaria traz um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com essas especificidades (BRASIL, 1999).

Porém, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados com pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. As políticas públicas trazem a descentralização das responsabilidades e a participação social no enfrentamento das necessidades geradas pelo envelhecimento, havendo, assim, uma redistribuição

de papéis, tornando a família, a sociedade, a comunidade e o Estado responsáveis pela assistência à pessoa idosa, inclusive nas situações de dependência.

Dessa forma, apesar das “conquistas e possibilidades normativas contidas nos desenhos institucionais das políticas de atenção ao idoso, houve limites e retraimentos à real efetivação dessas normas legais. As diretrizes e políticas em sua maioria têm sofrido para se efetivar e se tornarem uma realidade inquestionável (SOUZA, 2013).

Marin (2015) corrobora com Souza (2013) ao relatar que no Brasil, as políticas públicas de Saúde do idoso evoluíram lentamente, embora há mais de quatro décadas já se observara crescente aumento dessa parcela da população e que ela apresenta problemas específicos que precisam ser considerados com vistas a manter a sua qualidade de vida. Além disso, mesmo que em 2006 o pacto pela saúde tenha delineado importante direcionamento para o cuidado do idoso, pouco se tem observado de resultados práticos, visto que não são liberados recursos para uma construção mais efetiva desse cuidado. No entanto, não se pode negar a importância da legislação, uma vez que ela deixa um alerta para o enfrentamento da situação, propicia reflexões e abertura para movimentos de mudanças.

3.2 Caderneta de saúde da pessoa idosa e Quedas

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que têm por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento de qualificação da atenção às pessoas com 60 anos ou mais, que representam aproximadamente 13% da população brasileira (26,1 milhões, segundo a PNAD 2014). Sua distribuição iniciou-se em 2007, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes. Entre 2007 e 2008 foram disponibilizados dez milhões de exemplares e até 2010, foram distribuídas treze milhões de cadernetas (BRASIL, 2010b).

A terceira edição surgiu a partir da avaliação do colegiado de coordenadores de saúde da pessoa idosa e o resultado foi um instrumento de

acompanhamento longitudinal da população idosa, com foco na identificação de vulnerabilidades sociais, familiares e clínicas. Em fevereiro de 2014, a caderneta foi submetida à consulta pública, e, consideradas as sugestões dos diferentes profissionais e gestores que participam de seu emprego, foi formulada sua versão final, apresentada no dia 2 de junho de 2014, durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e será distribuída mediante manifestação de interesse dos(as) secretários(as) de saúde. Percebe-se através dessa ação a preocupação do MS em tornar a caderneta um instrumento factível. O interesse deve se manifestar através de um projeto de implementação, que poderá ser feita de forma gradual de 2015 a 2019.

A nova proposta conta com alguns diferenciais, como: permitir o acompanhamento longitudinal por 5 anos; possibilitar a identificação do idoso frágil por meio do índice de vulnerabilidade clinico funcional; permitir o monitoramento de condições crônicas de saúde; alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco; e apresenta maior espaço para orientações inclusive sobre as quedas, entre outros.

Louvison (2009) cita a caderneta da pessoa idosa como um mecanismo que aumenta a melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção à pessoa idosa e que deve ser garantida a sua incorporação na atenção básica. O registro de informações na caderneta deverá ocorrer no momento da realização da visita domiciliar ou na unidade de saúde por ocasião da consulta. Seu preenchimento se dá a partir da própria fala do indivíduo. Na visita domiciliar, o agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família. Essas informações possibilitam a identificação do risco (BRASIL, 2010a).

De Lima (2013) descreve que a Caderneta implementada na ESF mostrou-se efetiva como ferramenta de gestão, principalmente para se conhecer o perfil do idoso, auxiliando a traçar metas e ações mais próxima à realidade da pessoa idosa.

Em todas as versões anteriores estava presente o espaço para registro de quedas, porém de forma tímida e pela primeira vez aparece um campo para avaliação ambiental. A nova versão 2014, ainda em 2016, em fase de implementação nos municípios do Rio Grande do Norte, apresenta nas páginas 50 e 51 ilustrações para prevenção de quedas e nas páginas 23 e 24 respectivamente um questionário para avaliação ambiental e quedas que foram utilizados nesse estudo como forma de

diagnóstico e monitoramento, incentivando a utilização dessa ferramenta imprescindível para a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.

Barros (2012) descreve que os profissionais da ESF entendem a caderneta como instrumento que possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. No entanto, nenhum profissional citou especificamente a caderneta do idoso como atividade realizada pelas equipes da ESF no domicílio, junto à população idosa. E apenas 13,3% referiram realizar orientações sobre quedas ou acidentes em idosos. O autor conclui que as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar. Os profissionais explicitam esta necessidade e se percebem como credores de capacitação pelo sistema de saúde.

Siqueira (2007) sugere que a atenção básica brasileira deve ser qualificada e reorganizada para atender os idosos, visando a prevenção da ocorrência de importante agravo nesse segmento da população.

3.3 As quedas em pessoas idosas

A ocorrência de quedas se dá devido a uma perda súbita do equilíbrio postural, é um evento multifatorial e heterogêneo. A queda, pode ser um fator anunciante de que algo está errado com a saúde do idoso, podendo indicar a iminência de uma doença ainda não diagnosticada e associada a um pior prognóstico (PEREIRA et al., 2001).

Embora se reconheça a necessidade de instaurar medidas preventivas e de tratamento com a finalidade de solucionar os problemas em nível social e individual acarretados pelas quedas, há dificuldade em reconhecer o motivo da ocorrência desse evento, pois as quedas têm origem multifatorial, não sendo possível isolar um único fator como determinante para seu acontecimento (RICCI, 2010).

Durante o processo de envelhecimento, ocorre uma redução das capacidades auditiva, visual e locomotora, que pode contribuir para que ocorra uma queda, assim como doenças crônicas ou agudas. Outro fator importante é o consumo de certos fármacos como os psicofármacos ou os anti-hipertensivos, bem como a utilização de polifármacos, que contribuem de maneira significativa para o risco de

ocorrência de uma queda. Os fatores supracitados são intrínsecos ou relacionados com o idoso (CASADO et al., 2010).

Ainda segundo esses autores, quando o idoso realiza as suas atividades de vida diária, é provável que ocorra uma queda quando se levanta, senta, caminha, toma banho, etc. Sobretudo se o chão for escorregadio, a iluminação da habitação for deficiente ou encontrar obstáculos na zona de circulação, os degraus das escadas forem excessivamente altos ou irregulares ou o pavimento da rua estiver mal conservado, ou seja, são causas de queda relacionadas com o ambiente ou fatores extrínsecos.

Quedas representam um sério problema em pessoas idosas e cerca de 30% destas pessoas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituição de longa permanência para idosos (ILPI). As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade. A partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano (BRASIL, 2010a).

Esses dados são corroborados por Fabrício (2004), quando afirma que após a queda, 28% dos idosos estudados faleceram, 42% dos óbitos ocorreram em menos de um mês, por consequências ligadas a queda, entre elas, fratura de fêmur causando embolia e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda. Muitos desses idosos ficaram acamados, apresentaram confusão mental, pneumonia e úlcera por pressão.

De acordo com Siqueira (2007), de todas as fraturas ocorridas em idosos, 83% foram causadas por quedas atingindo principalmente mulheres, tendo como causas observáveis a osteoporose e o ambiente doméstico. Dentre o aspecto socioeconômico os mais pobres apresentaram um maior risco de fraturas.

Segundo o relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre prevenção de quedas na velhice 2010, os idosos que caem mais de uma vez têm cerca de três vezes mais chance de cair novamente (OMS, 2010).

O temor de novas quedas é tão prevalente quanto as mesmas, ocorrendo em 30% a 73% dos idosos (PEREIRA, 2002). Fato também observado nos resultados de Maia et al., (2011) demonstrando que entre as principais consequências da queda estão as fraturas e o medo de cair novamente. Identificaram-se as seguintes consequências de quedas em idosos: fraturas, imobilização, lesões de tecidos moles,

contusões, entorses, feridas e abrasões; lesões musculares e neurológicas; surgimento de outras doenças, dor, declínio funcional e da atividade física; atendimento médico, hospitalização, reabilitação; medo de cair, abandono de atividades, tristeza, mudança na vida/comportamentos, sentimento de impotência, declínio em atividade social, perda de autonomia e da independência; mudança de domicílio/ambiente, rearranjo familiar e morte.

Fabrício (2004) relatou que 25,9% dos idosos que caíram restringiram suas atividades diárias após a queda. A restrição de atividades pode ocorrer tanto por medo de expor-se ao risco de queda, como por atitudes protetoras da sociedade, familiares e cuidadores. As pessoas podem passar a ver o idoso que cai como frágil, e muitas vezes afastá-lo de tais atividades. As consequências das quedas não abrangem somente os idosos que caem, mas também sua família.

Após uma queda, até metade dos idosos com idade mais avançada, mesmo sem lesões, podem não conseguir levantar sem auxílio. Esses idosos estão mais propensos à desidratação, insuficiência e infecção respiratória, como também podem desenvolver lesões de pele e tornar mais frágeis do que aqueles que se levantam sem ajuda. Além dessas condições de adoecimentos, podem ocorrer perda de independência e institucionalização pelos familiares, justificada pela falta de habilidade para o cuidado (LIMA,2013).

Os fatores de risco considerados de peso alto, ou seja, apontados na maioria dos estudos como fatores determinantes de quedas foram: idade igual ou maior a 75 anos, sexo feminino, presença de declínio cognitivo, de inatividade, de fraqueza muscular e de distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou de mobilidade, história prévia de acidente vascular cerebral, de quedas anteriores e de fraturas, comprometimento na capacidade de realizar atividades de vida diária e o uso de medicações psicotrópicas, em especial os benzodiazepínicos, assim como o uso de várias medicações concomitantes (PERRACINI, 2002).

Frente a essa realidade, Da Silva (2014) sugere um investimento maior em programas de orientação sobre os riscos de queda. Podem-se desenvolver materiais informativos, didáticos e ilustrados como folders, outdoors, cartilhas, palestras e vídeos que sejam amplamente divulgados, com a ajuda das mídias como TV, rádio e internet, e principalmente, a participação de todos os profissionais da saúde, a fim de contribuir com um maior esclarecimento da população diante dos riscos de queda, e

desse modo, prevenir esta importante ocorrência que vem preocupando os gestores de saúde pública no Brasil.

3.4- A Segurança Ambiental e o Domicílio da Pessoa Idosa

O domicílio é um espaço que pode influenciar o bem-estar dos idosos, sendo a segurança e o conforto no lar requisitos essenciais, uma vez que as pessoas nessa faixa etária (60 anos ou mais) costumam passar de 60 a 70% de seu tempo em casa (BIZERRA,2014)

O relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice (2010) indica que a maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro**.** Indica também que a modificação das residências previne que os idosos estejam expostos a riscos ocultos em suas atividades domésticas diárias.

Bizerra (2014) destaca que os fatores de risco extrínsecos para quedas estiveram presentes na maioria das residências estudadas, denotando o potencial que esse tipo de agravo possui para acontecer. As medidas preventivas cabíveis se fazem necessárias, com um grande impacto sobre internações e custos hospitalares e na maior sobrevida dos idosos. A prevenção dos acidentes com idosos possui um impacto direto sobre os custos do setor saúde. Fazendo-se necessária a elaboração de políticas públicas e ações de saúde preventivas e promocionais que englobem a temática. A Atenção Básica, visto ao crescente contingente de idosos no país, precisa adequar suas diretrizes de visitas domiciliares ao cuidado a esse público, se desejar alcançar seus objetivos e desobstruir os outros níveis de atenção.

Os locais de maior ocorrência desses eventos podem parecer os mais seguros possíveis, pela familiaridade, e tornarem-se um ambiente de risco. O indivíduo tem sua prontidão diminuída em consequência da autoconfiança provocada pelo conhecimento do ambiente em que vive. A atenção fica reduzida porque as atividades que desempenham, em seu lar, são costumeiras. Muitas situações corriqueiras em sua juventude passam a representar perigos iminentes (SILVA et al., 2007).

Cavalcante (2015) corrobora com o supracitado e aponta diversas questões ambientais observadas que favorecem o risco de ocorrer acidentes por quedas e que não foram registradas em prontuário dos caidores como a falta de adaptação do ambiente familiar interno, a exemplo o quarto e o banheiro, onde o idoso fica com mais frequência e que lhe traz a possibilidade de queda em virtude da inexistência de barras de apoio, camas e iluminação adequados. No presente estudo os fatores extrínsecos foram citados pelos idosos como mais responsáveis pelas quedas que os fatores intrínsecos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2009) informa que uma casa segura contra quedas de idosos deve ter boa iluminação nas escadas e corredores; devem ser eliminados os tapetes soltos, móveis baixos e obstáculos do chão; deve possuir piso antiderrapante, especialmente no banheiro, e tapete antiderrapante no box; ter um banquinho no box, que auxilia a ensaboar e enxaguar os pés durante o banho; ter suportes de parede no box e ao lado do vaso sanitário, para auxiliar o equilíbrio; não usar chaves na porta do banheiro, local de acidentes frequentes; ter interruptor próximo à porta e em boa altura; ter boa iluminação no trajeto da cama ao banheiro durante a noite; ter luzes noturnas que evitam a desorientação durante a noite; manter telefones próximos à cama, luzes de cabeceira fixas; remover soleiras altas das portas; não encerar o piso; altura da cama e cadeiras apropriadas para manter os pés no chão, quando sentado; manter corrimão nas escadas; colocar utensílios e mantimentos em locais de fácil alcance e não subir em escadas ou banquinhos.

Alguns cuidados práticos no domicílio de um idoso podem evitar quedas, como: ambiente bem iluminado, usar tapetes de borracha no banheiro/chuveiro fixos ao chão, evitar o uso de tapetes de fibras grossas e felpudas, usar pouca cera no chão, corrimãos fixos, manter piso limpo e sem objetos espalhados, usar sapatos de borracha, evitar degraus quebrados, realizar exercícios que exercitem o equilíbrio e nunca se levantar da cama de forma rápida, manter interruptores de luz em locais acessíveis nos cômodos da casa, os móveis devem estar seguros e firmes para dar suporte na deambulação, caso necessário, usar cadeiras firmes e com apoio lateral, observar o exterior da casa (quintal) e disponibilizar iluminação para permitir a deambulação noturna, uso de degraus antiderrapantes e escadas com corrimãos (FABRICIO, 2004).

Segundo Polit et al., (2011) as orientações para um ambiente doméstico mais seguro devem contemplar os seguintes itens: Chão: é importante verificar a presença de tapetes soltos pela casa, fios atravessados e não encerar o chão, o que o torna mais escorregadio. Pisos: devem ser planos, de material antiderrapante, nivelado e que proporcione segurança ao caminhar. Mobília: os móveis devem ser colocados em locais que não atrapalhem o caminho e as quinas devem ser protegidas. Os armários devem ficar em altura de fácil acesso, para que não precise subir em nada para alcançar seu interior.

De acordo com Papaléo (2005) a cama deve ter de 45 a 50 cm de altura incluindo o colchão, de modo que a pessoa sentada na beirada, consiga apoiar os pés no chão, evitando assim as quedas. Objetos de uso pessoal: devem ser colocados em local de fácil acesso, de modo não precisar transpor obstáculos para alcançá-los. Calçados e roupas: os calçados devem ser confortáveis e ter solados antiderrapantes e sem saltos, para evitar desequilíbrio e dificuldade para deambular. As roupas devem ser confortáveis e não devem ser muito compridas ou arrastando-se ao chão, evitando o tropeçar na barra e cair.

As escadas e corredores: devem ter corrimãos para se apoiar ao deambular. As escadas devem ser revestidas de material antiderrapante e nos corredores devem ter lâmpadas no início e no fim, assim como interruptores luminosos que facilitem a sua localização, em caso de redução visual. A iluminação deve ser adequada: os cômodos da casa devem ter uma boa iluminação, as luzes devem ser claras o suficiente para compensar a limitação da visão e devem também ser livres de reflexos e brilhos. As cadeiras e outros assentos devem ter uma altura adequada e devem ser equipados com apoiadores para braços, auxiliando assim na transferência.

No banheiro, as portas devem ser amplas; os pisos devem ser antiderrapantes mesmo quando úmidos; o vaso sanitário deve ter altura adequada e com apoios laterais; os boxes devem ter barras de apoio para durante o banho o idoso se sentir seguro; não devem existir soleiras com nível acima do piso para evitar riscos de tropeços.

Perracini (2002) conclui que nenhum domicilio está livre de riscos. Soma-se a isso a compreensão de que a sociedade não está preparada para lidar com essa nova demanda (adequação dos espaços à vivência dos idosos), de maneira que a infraestrutura atual é inadequada, o que acaba propiciando um agravamento no risco de quedas a que estão expostas as pessoas idosas (GAWRYSZEWSKI,2010).

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo:

Trata-se de uma pesquisa ação com uma das etapas de diagnóstico feita a partir de um estudo analítico e observacional com abordagem quantitativa. Thiollent (2011) define a pesquisa-ação como toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática, de modo que a melhora é o contexto, o meio e a finalidade principal da compreensão. Dentre as categorias da pesquisa ação o estudo se caracteriza em Pesquisa-ação do tipo política, pois de acordo com o autor supracitado refere-se à mudança da cultura institucional e/ou de suas limitaçõesNa abordagem quantitativa, o investigador identifica variáveis de interesse, desenvolve definições operacionais dessas variáveis e, depois, coleta dados relevantes dos participantes. São usados instrumentos formais para coletar as informações que são reunidas de forma quantitativa, isto é, informação numérica que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.2. Local do Estudo:

O estudo foi realizado na zona rural do município de São José de Mipibu, situado na região Nordeste do Brasil, estado do Rio Grande do Norte, mesorregião Agreste, próximo à região litorânea, distando 31,3 Km de Natal (capital). O município conta com 22 equipes da ESF, 8 na zona rural e 14 na zona urbana.

4.3. População e Amostra

A população total do município de São José de Mipibu é de 40.511 habitantes, destes 4.194 são idosos, correspondendo a 10% da população do município (IBGE, 2010).

Para o presente estudo, foi utilizada uma amostra probabilística aleatória simples. De acordo com o IBGE (2010), a população de idosos da zona rural do Município de São José de Mipibu consistia em 2.271 idosos. Para dimensionar uma amostra representativa dessa população, tomamos como parâmetro de referência p = 0,30, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% (e=0,05). Pela fórmula para amostra casual simples, o tamanho da amostra (n) resultou em 282,6554.

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p) + e^2.(N-1)}$$

Onde:
n – Amostra calculada
N – População
Z – Variável normal padronizada associada ao nível de confiança
p – Verdadeira probabilidade do evento
e – Erro amostral

Substituindo os valores, temos:

N=2.271 (número de idosos na área rural de São José de Mipibu)

Z=1,96 (é o escore da curva normal para o nível de confiança de 95%)

p=0,3

e=0,05

$$n = \frac{2.271x(1{,}96)^2x0{,}3x(1-0{,}3)}{1{,}96^2x0{,}3x(1-0{,}3) + 0{,}05^2x(2.271-1)}$$

N= 282,6554

A amostra constou de 288 idosos cujas cadernetas, preenchidas pelos ACS da zona rural em visita domiciliar, foram avaliadas.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão:

Foram incluídos todos os idosos que pertencem à zona rural do município de São José de Mipibu que aceitaram participar do estudo e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos os idosos pertencentes à zona urbana do município de São José de Mipibu.

4.5 Contexto da Intervenção

Como estratégia de ação, para subsidiar a capacitação dos ACS no reconhecimento dos riscos extrínsecos e aspectos ligados à prevenção de quedas, elaborou-se um guia de prevenção de quedas intitulado: “Lar seguro, idoso ativo: guia de promoção de um ambiente seguro para o risco de quedas destinado aos cuidadores de idosos e profissionais de saúde” (Apêndice D) produzido pela autora e sua orientadora, através de pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros relacionados ao tema, no intuito de tornar os ACS aptos a reconhecer um ambiente propenso a quedas e intervir junto com o idoso e seus familiares na prevenção de quedas.Com 16 páginas, o guia traz a importância de evitar a primeira queda, os riscos domésticos mais comuns para quedas, dividido por ambiente e orientações para prevenção em cada ambiente da casa. Enfatiza a importância de manter-se ativo dentro de casa, com instruções de como se levantar da cadeira, da cama ou após a queda. Sobreleva a importância da utilização da caderneta do idoso para o registro de quedas e traz serviços e telefones úteis para pessoa idosa. Esse guia possui uma linguagem simples, orientações práticas e ilustradas que podem prevenir muitos fatores de risco para quedas.

Nesse contexto, realizaram-se duas oficinas de capacitação, nas quais estiveram presentes 28 ACS, de um total de 30 ACS, correspondendo a 93,3% dos agentes representantes das 8 equipes de zona rural. A capacitação ocorreu na Escola Municipal Severina Bezerra de Melo, localizada no Município de São José de Mipibu, com carga horária de oito horas cada, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2016, com a participação da nutricionista e fisioterapeuta da academia de saúde do Município em questão, na perspectiva de orientar o preenchimento correto da caderneta no que se refere aos aspectos socioeconômicos e aos instrumentos de queda e avaliação ambiental e utilização do guia Lar Seguro, Idoso Ativo.

Em círculo foi realizada a leitura compartilhada e a discussão do guia Lar Seguro, Idoso Ativo. O guia traz sugestões e orientações factíveis, que foram exploradas de forma ampla e participativa, havendo depoimentos e interação. O ACS capacitado torna-se multiplicador desse conhecimento para o idoso, cuidadores e familiares, além de outros profissionais de saúde. Na ocasião também foi enfatizada pela pesquisadora e pelos próprios ACS, a importância do preenchimento de toda a caderneta pelos outros componentes da equipe de saúde.

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Neste estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados a nova versão (3ª edição) da caderneta de Saúde da pessoa idosa (2014), distribuída pelo Ministério da Saúde e que ainda está em fase de implementação em todo o Rio Grande do Norte. A escolha do instrumento deu-se pela necessidade de potencializar a utilização de uma ferramenta fundamental para a saúde do idoso e que proporciona o acompanhamento das quedas e avaliação ambiental por 5 anos, conjuntamente a outros dados precípuos aos idosos. A fomentação desse instrumento se caracteriza como estratégia de ação para prevenção de quedas em pessoas idosas.

O diagnóstico das quedas ocorridas nos domicílios se deu a partir da análise do preenchimento do instrumento de queda (Anexo A) e avaliação ambiental para o risco de quedas (Anexo B) contidos na caderneta. Ocorreu apenas a inclusão de um questionamento no instrumento de queda: onde? Para a questão: qual foi o local da queda? Dentro de casa (onde?) Ou fora de casa (onde?)

4.6.1 Procedimento de Coleta de dados

Após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o CAAE: 48375615.4.0000.5292, seguindo os preceitos éticos das diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, os dados foram coletados a partir das informações contidas na caderneta de saúde da pessoa idosa e um termo de consentimento com todos os esclarecimentos referentes à pesquisa foi disponibilizado aos ACS e idosos, e somente aqueles com autorização por escrito foram incluídos no estudo.

Foram distribuídas 15 cadernetas para cada um dos 28 ACS participantes, e aleatoriamente eles escolheram os idosos a serem visitados. Foram recolhidas 288 cadernetas. A coleta de dados se deu entre os dias 03 de fevereiro de 2016 e dia 12 de abril de 2016.

A coleta de dados foi feita com a própria caderneta de saúde da pessoa idosa, já que o município não a havia distribuído. Após preenchimento pelos ACS já capacitados, a pesquisadora recolheu as cadernetas, conferiu cada item solicitado, compilou os dados e as devolveu aos ACS para serem distribuídas aos idosos.

4.7 Processamento e Análise dos Dados

O banco de dados foi construído em formato EXCEL, versão 2010, para realização das tabelas descritivas e aplicação de testes estatísticos utilizou-se o software *Statistica* SPSS 20.0, versão livre temporária. Efetuou-se o *Teste Qui-Quadrado* em algumas variáveis, permitindo avaliar se estão relacionadas com determinado nível de significância ($p \leq 0,05$).

Hipóteses a serem testadas foram: Hipótese Nula (H_0): As variáveis não estão relacionadas (as variáveis são independentes) e Hipótese Alternativa (H_1): As variáveis estão relacionadas (as variáveis são dependentes).

A hipótese de nulidade pode ser testada por:

$$\chi^2_{cal} = \sum_{i=1}^{k} \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \approx \chi^2_{(k-1)}$$

Onde O_i = n° de casos observados classificados na categoria i;

E_i = n° de casos esperados classificados na categoria i, sob H_0.

Assim, rejeitamos H_0, se $\chi^2 cal \geq \chi^2(k - 1, \alpha)$, ou se a probabilidade associada à ocorrência, sob H_0, do valor obtido do $\chi^2 cal$ com (k - 1)g.l. não superar o valor de alfa, ou seja, $P[\chi^2 k - 1 \geq \chi^2 cal\ ]$ for significativo (menor que alfa).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 - Caracterização dos Sujeitos da Amostra

Na tabela 1 observa-se que o maior percentual de idosos entrevistados foi do sexo feminino 54,17%. 50% dos idosos apresentaram idade de até 69 anos, enquanto que a idade mínima e máxima foi de 60 e 99 anos, respectivamente. Quanto à religião 72,22% possuem religião católica e a grande maioria (89,58%) afirma não possuir qualquer tipo de dificuldade auditiva, visual, intelectual/cognitiva, física ou outra.

De acordo com Casado (2010), durante o processo de envelhecimento, ocorre uma redução das capacidades auditiva, visual e locomotora, que pode contribuir para que ocorra uma queda, porém essa afirmação apareceu em apenas

10,42% dos idosos pesquisados, evidenciado que essa falta de auto percepção pode contribuir para quedas, principalmente em um ambiente domiciliar inseguro.

Com relação à situação conjugal, 54,51% são casados ou vivem com companheiro. No nível de escolaridade 53,47% sabem ler e escrever e somente 4,52% possuem acima de 7 anos de estudo. Por último, a principal ocupação dos idosos é a agricultura (50,00%), seguido por atividades domésticas (26,74%), entre outras citações.

Tabela 1- Perfil dos entrevistados

Perfil do Entrevistado		Frequência	%
Sexo	Feminino	156	54.17
	Masculino	132	45.83
Faixa etária	Até 70 anos	167	57.99
	Acima de 70 anos	121	42,01
Religião	Católico	208	72.22
	Evangélico	40	13.89
	Sem religião	40	13.89
Situação conjugal	Cônjuge	157	54.51
	Solteiro	54	18.75
	Viúvo	50	17.36
	Divorciado	27	9.38
Sabe ler e escrever	Sim	154	53.47
	Não	134	46.53
Tempo de estudo	Nenhuma	140	48.61
	1 - 3 anos	78	27.08
	4 - 7 anos	57	19.79
	Acima de 7 anos	13	4.52
Ocupação/ Profissão principal	Agricultor	144	50.00
	Dona do lar	77	26.74
	Comerciante	11	3.82
	Professor	9	3.13
	Motorista	5	1.74
	Pedreiro	5	1.74
	Costureira	4	1,39
	Vigilante	4	1.39
	Caminhoneiro	3	1.04
	Merendeira	3	1.04
	Outros	23	7.97
	Total	**288**	**100.00**

5.2 - Informações sociais e familiares

Os idosos entrevistados, descritos na Tabela 2, em sua grande maioria, possuem fácil acesso a serviços de farmácia, padaria, supermercado, transporte e recebem aposentadoria, porém, verificou-se que 60,76% destes idosos não realizam atividades de lazer com amigos ou familiares, como ir à igreja, passear ou caminhar juntos. Nesse contexto, supõe-se que os idosos fiquem a maior parte de seu tempo em casa, corroborando com Bizerra (2014) ao afirmar que os idosos costumam passar de 60 a 70% de seu tempo em casa.

Tabela 2: Informações sociais e familiares dos entrevistados

Respostas		Frequência absoluta	%
Realização de alguma atividade de lazer com amigos ou familiares nos últimos 30 dias	Sim	113	39,24
	Não	175	60,76
Fácil acesso aos serviços de farmácia, Padaria e supermercados	Sim	178	61,81
	Não	110	38,19
Fácil acesso a transporte	Sim	242	84,03
	Não	46	15,97
Recebe aposentadoria ou pensão	Sim	248	86,11
	Não	40	13,89
Trabalha atualmente	Sim	77	26,74
	Não	211	73,26
Afirmação se recebe bolsa família	Sim	12	4,17
	Não	276	95,83
Total		**288**	**100,00**

Fonte: Pesquisa 2016

Aplicando teste qui-quadrado (X^2), mostrado na tabela 3, para um nível de significância de 5%, temos evidências de que o idoso que mora apenas com companheiro cai menos e o idoso que mora com familiares sem companheiro cai mais. No gráfico 1 verificamos um número expressivo de idosos (26,39%) residentes apenas com familiares sem companheiro. As casas destes idosos entrevistados possuem no máximo dois quartos, onde coabitam em grande parte filhas e netos.

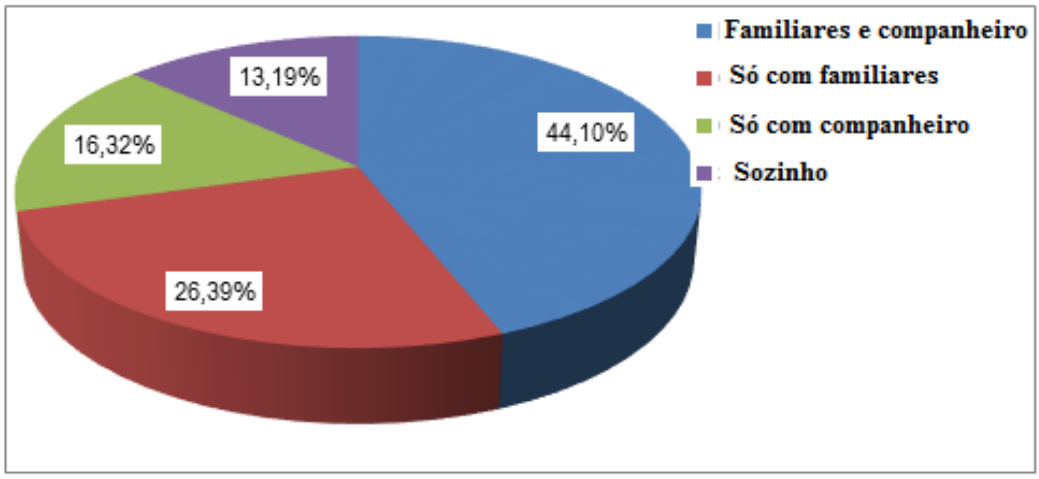
Em relação à situação conjugal o viúvo e solteiro caem mais que o casado (vive com companheiro) e o divorciado. (Tabela 3).

Tabela 3: Afirmação de ocorrência de queda versus informações sociais e familiares

Característica do paciente	Ocorrência de queda		Total	Valor - p
	Sim	Não		
Com quem reside				
Com companheiro	17,02% (n=8)	82,98% (n=39)	**(n=47)**	
Com familiares	34,21%(n=26)	65,79% (n=50)	**(n=76)**	**0,127** (1)
Familiares/Companheiro	22,05%(n=28)	77,95% (n=99)	**(n=127)**	
Sozinho	23,68% (n=9)	76,32% (n=29)	**(n=38)**	
Situação conjugal				
Casado/ companheiro	19,75%(n=31)	80,25% (n=126)	**(n=157)**	
Solteiro	33,33%(n=18)	66,67% (n=36)	**(n=54)**	**0,124** (1)
Viúvo	32,00%(n=16)	68,00% (n=34)	**(n=50)**	
Divorciado	22,22% (n=6)	77,78% (n=21)	**(n=27)**	

Fonte: Pesquisa 2016 (1) Qui-quadrado

Gráfico 1 - Porcentagem referente a com quem reside a pessoa idosa



5.3 - Itens importantes para a segurança do domicílio

Os obstáculos no caminho do idoso são fatores que predispõem a quedas (CASADO, 2010; FABRICIO, 2004). Na tabela 4 observa-se que o domicilio do idoso possui a maioria das áreas de locomoção com alguma barreira que impede o seu

deslocamento e que a presença de barra de apoio nas áreas locomoção ocorreu em menos de 10% das residências, estando presente apenas em residências em que o idoso já sofreu alguma queda.

Todos os domicílios possuíam tapetes e 100% deles estavam soltos. Para segurança do domicilio é necessário se observar e deixar fixos os tapetes (BECK et al., (2011); CASADO, 2010; FABRICIO, 2004). A maioria dos pisos eram desnivelados. De acordo com Beck at al., (2011) os pisos devem ser nivelados.

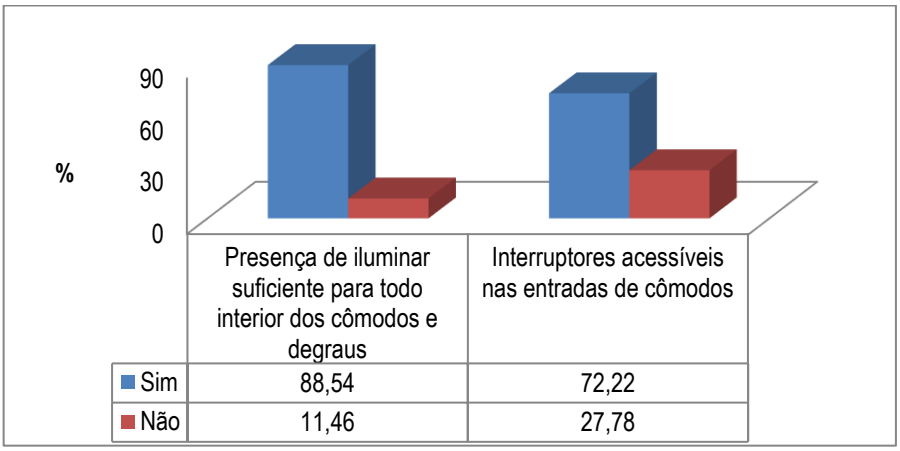
A presença de luzes suficientes para iluminar o ambiente domiciliar e a presença de interruptores acessíveis, de acordo com o gráfico 2, foram pontos positivos encontrados na segurança das residências dos idosos, já que a grande maioria possuía esses itens, outro ponto positivo mostrado na tabela 4 foi a presença de armários baixos sem necessidade do uso de escadas (73,96%).

Tabela 4- Itens importantes para a segurança do domicílio

	Respostas		Frequência absoluta	%
Áreas de Locomoção	**Áreas de locomoção desimpedidas**	Sim	134	46,53
		Não	154	53,47
	Presença de barra de apoio	Sim	27	9,38
		Não	261	90,62
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos	Sim	128	44,44
		Não	160	55,56
Iluminação	**Presença de luzes suficientes para todo interior dos cômodos e degraus**	Sim	255	88,54
		Não	33	11,46
	Interruptores acessíveis nas entradas de cômodos	Sim	208	72,22
		Não	80	27,78
Banheiro	**Área do chuveiro com antiderrapante**	Sim	78	27,08
		Não	210	72,92
	Box com abertura fácil ou presença de cortina firme	Sim	76	26,39
		Não	212	73,61
Cozinha e quarto	**Armários baixos sem necessidade do uso de escadas**	Sim	213	73,96
		Não	75	26,04
Escada	**Possuem escadas**	Sim	42	14,58
		Não	246	85,42
	Corrimão dos dois lados e firmes. Piso antiderrapante	Sim	0	100,00
		Não	288	100,00
		Total	**288**	**100,00**

Fonte: Pesquisa 2016

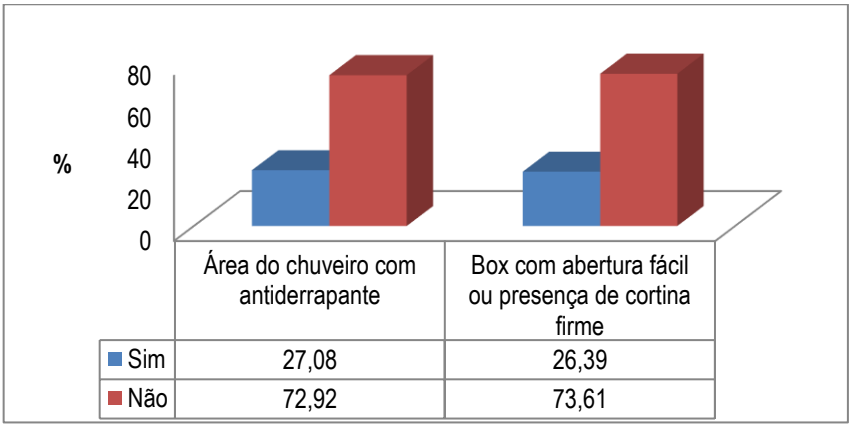
Gráfico 2 - Itens importantes para segurança do domicílio quanto à iluminação



Podemos ver no gráfico 3 que apenas 27,08% dos banheiros possuem área do chuveiro com antiderrapante. É importante ressaltar que em 91% desses casos os idosos só o colocaram após a queda. A maioria dos banheiros não possui Box com abertura fácil ou presença de cortina firme. É fato consonante entres os autores que a ausência de barras torna o banheiro inseguro para quedas.

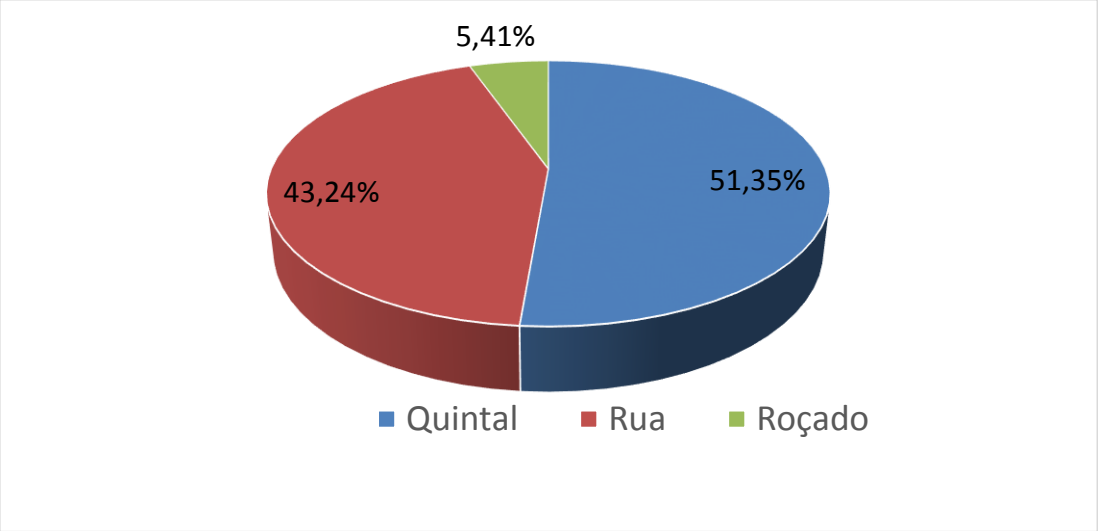
Essa aquisição de itens de segurança após a queda, aponta para falta de prevenção. Barros(2012) afirma que apenas 13,3% dos profissionais de saúde referiram realizar orientações sobre quedas ou acidentes em idosos.

Gráfico 3 - Itens importantes para segurança do domicílio quanto ao banheiro



Um número significativo de habitações dos idosos são oriundas dos projetos de habitação do governo federal. As casas que possuem escadas (14,58%) foram provenientes desses projetos e não foram entregues com escadas, apesar da evidente necessidade. As escadas foram construídas pelos proprietários e não dispõem de Corrimão dos dois lados e firmes ou piso antiderrapante. No presente estudo as escadas constam de 3 ou 4 degraus e estão localizadas em sua maioria na entrada da casa (59,52%) e no quintal (Gráfico 4). O quintal se mostrou o local em que ocorre mais quedas fora de casa. As ausências desses itens deixam os idosos mais vulneráveis a quedas. Para tornar a escada mais segura estes itens são importantes. (POLIT et al., 2011; CASADO, 2010; FABRICIO, 2004; SBGG, 2009).

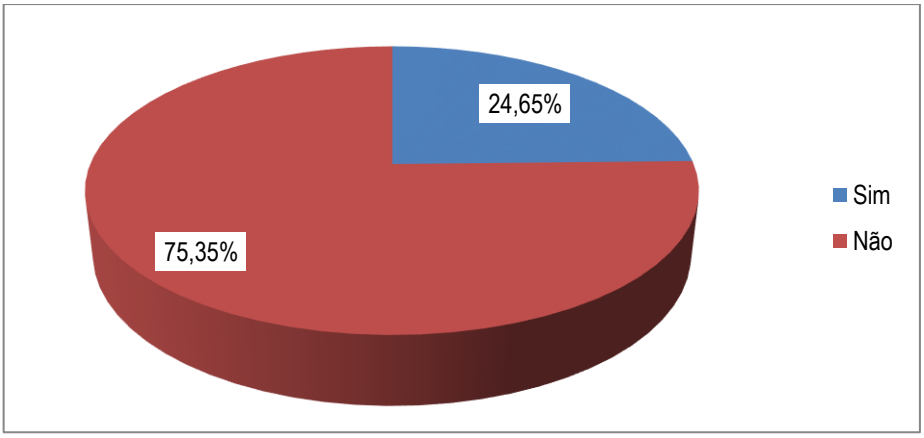
Gráfico 4 – Local de ocorrência da queda



5.4 - Avaliação do risco de queda

De acordo com o gráfico 5 ocorreu queda em 24,65% dos idosos pesquisados, um índice um pouco abaixo da literatura, onde pelo menos 30% dos idosos no Brasil sofrem um episódio de queda por ano (PEREIRA et al., 2002).

Gráfico 5 - Afirmação de ocorrência de queda



A tabela 5 indica que a maioria das quedas ocorreu dentro de casa (63,38%) e dentro e fora de casa (15,49%), evidenciando que o idoso caiu mais de uma vez. O local de maior queda foi o banheiro (42,22%). Estudos demonstram que a maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com o meio ambiente, o local onde ocorre a queda parece estar associado à realização das atividades da vida diária e ocorre dentro de sua própria casa (PEREIRA et al., 2002; BECK et al., 2011; CASADO, 2010; FABRICIO, 2004, CELICH 2012).

Ainda sobre os idosos que sofreram quedas, 23,94% apresentaram algum tipo de fatura, como por exemplo: bacia (23,53%), braço (17,65%), cabeça (17,65%), perna (11,76%), entre outras citações. Por último, 21,13% afirmaram ter paralisados suas atividades por medo. Esses resultados corroboram com a literatura. O temor de novas quedas é tão prevalente quanto as próprias. Ocorrem em 30% a 73% dos idosos. Entre as principais consequências da queda estão as fraturas e o medo de cair novamente. (PEREIRA, 2002; MAIA et al., 2011).

Tabela 5 -Avaliação sobre ocorrência de queda

	Resposta		%
Afirmação de ocorrência de queda	Sim	71	24,65
	Não	217	75,35
	Total	**288**	**100,00**
Local de queda	Dentro de	34	47,89
	Fora de	26	36,62
	Dentro e fora de	11	15,49
	Total	**71**	**100,00**
Local de queda dentro de casa (Múltipla resposta)	Banheiro	19	42,22
	Sala	11	24,44
	Quarto	10	22,22
	Cozinha	6	13,33
	Área de	1	2,22
Local de queda fora de casa	Quintal	19	51,35
	Rua	16	43,24
	Roçado	2	5,41
Afirmação de fratura com a queda	Sim	17	23,94
	Não	54	76,06
	Total	**71**	**100,00**
Fratura causada pela queda	Bacia	4	23,53
	Braço	3	17,65
	Cabeça	3	17,65
	Perna	2	11,76
	Costela	1	5,88
	Mão	1	5,88
	Não lembra o local	3	17,65
	Total	**17**	**100,00**
Paralisação de atividades por medo	Sim	15	21,13
	Não	56	78,87
	Total	**71**	**100,00**

A tabela 6 revela a aplicabilidade do teste qui-quadrado (X^2), para um nível de significância de 5%, no qual temos evidências de diferença estatística entre a ocorrência de queda dentro de casa com os Itens importantes para a segurança do domicílio no que diz respeito a existência na residência de pisos uniformes e tapetes bem fixos, interruptores acessíveis nas entradas de cômodos, área do chuveiro com antiderrapante e armários baixos sem necessidade do uso de escadas. Os pacientes que possuem esses itens de segurança em sua residência apresentaram menor percentual de ocorrência de queda. Esses dados condizem com o relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice (2010), ao indicar que a modificação das residências previne que os idosos estejam expostos a riscos ocultos em suas atividades domésticas diárias.

Tabela 6: Afirmação de ocorrência de queda versus Itens importantes para a segurança do domicílio

Característica do paciente	Ocorrência de queda		Total	Valor - p
	Sim	Não		
Áreas de locomoção desimpedidas				
Sim	19,40% (n=26)	80,60% (n=108)	**(n=134)**	**0,054 (1)**
Não	29,22% (n=45)	70,78% (n=109)	**100,00% (n=154)**	
Presença de barra de apoio				
Sim	18,52% (n=5)	81,48% (n=22)	**(n=27)**	**0,437 (1)**
Não	25,29% (n=66)	74,71% (n=195)	**(n=261)**	
Pisos uniformes e tapetes bem fixos				
Sim	11,72% (n=15)	88,28% (n=113)	**(n=128)**	**0,000 (1)**
Não	35,00% (n=56)	65,00% (n=104)	**(n=160)**	
Presença de iluminar suficiente para todo interior dos cômodos e degraus				
Sim	24,31% (n=62)	75,69% (n=193)	**(n=255)**	**0,711 (1)**
Não	27,27% (n=9)	72,73% (n=24)	**(n=33)**	
Interruptores acessíveis nas entradas de cômodos				
Sim	15,38% (n=32)	84,62% (n=176)	**(n=208)**	**0,000 (1)**
Não	48,75% (n=39)	51,25% (n=41)	**(n=80)**	
Área do chuveiro com antiderrapante				
Sim	15,38% (n=12)	84,62% (n=66)	**(n=78)**	**0,026 (1)**
Não	28,10% (n=59)	71,90% (n=151)	**(n=210)**	
Box com abertura fácil ou presença de cortina firme				
Sim	18,42% (n=14)	81,58% (n=62)	**(n=76)**	**0,142 (1)**
Não	26,89% (n=57)	73,11% (n=155)	**(n=212)**	
Armários baixos sem necessidade do uso de escadas				
Sim	15,96% (n=34)	84,04% (n=179)	**(n=213)**	**0,000 (1)**
Não	49,33% (n=37)	50,67% (n=38)	**(n=75)**	
Piso antiderrapante				
Sim	19,05% (n=8)	80,95% (n=34)	**(n=42)**	**0,362 (1)**
Não	25,61% (n=63)	74,39% (n=183)	**(n=246)**	

Fonte: Pesquisa 2016 (1) Qui-quadrado

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, PROPOSIÇÕES E DESAFIOS

O envelhecimento populacional implica na necessidade de um novo olhar para prevenção de quedas e segurança domiciliar do idoso, principalmente diante da evidência de que os idosos ficam a maior parte de seu tempo em casa.

Na zona rural, um número significativo de habitações de idosos são oriundas dos projetos de habitação do governo federal e foram entregues sem nenhuma preocupação com a segurança domiciliar do idoso, inclusive sem escadas, quando era notória a sua necessidade.

As informações derivadas deste estudo demonstraram que o domicilio do idoso na zona rural é inseguro para quedas, possui a maioria das áreas de locomoção com alguma barreira que impede o seu deslocamento, com a maioria sem barras de apoio e pisos desnivelados e ainda com a presença de 100% dos tapetes soltos. Verificou-se que o banheiro é o cômodo mais inseguro e a cozinha e o quarto cômodos menos inseguros. A avaliação ambiental quanto a iluminação se mostrou segura, apesar de apontar para interruptores de difícil acesso na entrada dos cômodos.

Os itens de segurança como piso uniformes, barras de apoio, interruptores acessíveis, área do chuveiro com antiderrapante são importantes para prevenção de quedas e os resultados obtidos na avaliação ambiental indicam que os idosos que possuem os respectivos itens em sua residência apresentaram menor percentual de ocorrência de queda, porém só foram encontrados em domicílios em que o idoso sofreu alguma queda, indicando que é possível a aquisição de itens de segurança, entretanto os idosos só obtêm após a ocorrência de quedas, evidenciando a necessidade de conscientização sobre a importância da prevenção, que pode ser feita não só com a aquisição, mas também através de outras maneiras como por exemplo um simples rearranjo na disposição de moveis ou na fixação do tapete com fita dupla face.

Em se tratando de situação conjugal e com que reside o idoso, verificou-se que o idoso que mora apenas com companheiro cai menos e o idoso que mora com familiares sem companheiro cai mais. As casas destes idosos entrevistados possuem no máximo dois quartos, onde coabitam em grande parte filhas e netos, apresentam em sua grande maioria apenas um banheiro, tornado o espaço propenso a quedas pela dificuldade de locomoção, presença de objetos espalhados, além dos já citados na avaliação ambiental. Observou-se também que o viúvo ou solteiro caem mais que

o casado ou que vive com o companheiro e o divorciado. Importante relatar que o solteiro ou viúvo moram em sua maioria com familiares.

Torna-se pertinente apontar as limitações apresentadas neste trabalho: o risco de quedas é relacionado a uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos, abordaram-se os fatores extrínsecos, que são aqueles ligados ao ambiente, os intrínsecos não foram abordados, como: uso de medicamentos, o aparecimento de doenças crônicas, o uso de calçado adequado, entre outros. O que sugere futuramente a ampliação desse trabalho com inclusão desses outros fatores.

Utilizou-se o questionário de avaliação ambiental e quedas pertencentes a caderneta de saúde da pessoa idosa, com o objetivo de fomentar seu uso devido a sua grande importância e pouca utilização e um Guia intitulado lar seguro, idoso ativo produzido pelas autoras para capacitar os agentes comunitários de saúde na avaliação ambiental e prevenção de quedas, dando margens a pesquisas futuras.

O estabelecimento de um plano de ação com vistas a orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores sobre os fatores de risco de quedas encontrados; e encorajar a adaptação do ambiente para que este se torne seguro, favorece a interdisciplinaridade e fortalece o trabalho em equipe da ESF, proporcionando ao idoso um cuidado integral.

O guia “Lar seguro, idoso ativo: guia de promoção de um ambiente seguro para o risco de quedas destinado aos cuidadores de idosos e profissionais de saúde” fruto da ação, mostrou-se uma ferramenta coletiva eficiente, capaz de proporcionar o reconhecimento de um ambiente propenso a quedas, e possível intervenção junto ao idoso e seus familiares para prevenção de quedas.

.

REFERÊNCIAS

BARROS, Terezinha Barbosa de; MAIA, Evanira Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 12, n. 4, 2012.

BIZERRA, Caio Drummond de Amorim et al. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), v. 6, n. 1, p. 203-212, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da pessoa idosa. Brasília: Ministério, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério, 2010a. (Caderno de atenção básica, n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de preenchimento da caderneta da pessoa idosa. Brasília: Ministério, 2010b.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012a. v. 4

BRASIL - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010b. Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 12.

BRASIL - Ministério da Saúde – DAPE/SAS – Área Técnica do Idoso. Comentários às deliberações da conferência nacional dos direitos da pessoa idosa – eixo saúde. Agosto de 2006b.

Brasil. Portaria nº 702/SAS/MS, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União 2012b; 13 abr.

CASADO, José Manoel Ribeiro et al. Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. Com mais cuidado da fundación Mapfre. 1a ed, Setembro 2010.

CAMARANO, AA; PASINATO, MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAVALCANTE, Daynne PM et al. Perfil e ambiente de idosos vítimas de quedas atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal. Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 18, n. 1, p. 93-107, 2015.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez et al. Fatores que predispõem às quedas em idosos. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 7, n. 3, 2012.

DAMIÁN, Javier et al. Factors associated with falls among older adults living in institutions. BMC geriatrics, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

DA SILVA, Natalia Schuh Mariano et al. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes utilizadas por idosos de Londrina (PR). Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 17, n. 2, p. 141-151, 2014.

DE LIMA BORGES, Larissa et al. Caderneta de saúde da pessoa idosa como ferramenta de gestão na ESF. ANAIS DO CBMFC, n. 12, p. 1464, 2013.

DE MORAES, Luciana Pereira; REIS, Marta Cristina; VALENTE, Jaqueline Folly Carrara. QUEDAS DE IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR E CONSEQUENTES ALTERAÇÕES NAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (AVD) E NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD). **ANAIS SIMPAC**, v. 4, n. 1, 2015.

DE OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo et al. SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ, RIO GRANDE DO NORTE. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 871-879, 2014.

DUNN J.E.; FURNER S.E.; MILES T.P. Do falls predict institutionalization in older persons? An analysis of data from the Longitudinal Study of Aging. J Aging Health 1993; 5:194-207.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho et al. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Revista Saúde Pública, 2004; 38(1): 93-99.

FEDERAL, Brasil Senado. Estatuto do Idoso: Lei número 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasil. Senado Federal, 2003.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010.

GROISMAN, Daniel; CARVALHO, Maria Cecilia de Araujo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Saúde mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas. In: Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Editora Fiocruz, 2014. p. 255-277..

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br, Acesso em: 20 jan. 2015.

LIMA, Deivson Wendell da Costa et al. Repercussão de quedas em idosos: análise dos fatores de risco. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 14, n. 5, 2013.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; BARROS, Sonia. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), n. 47, p. 09-15, 2009.

MAIA, Bruna Carla et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

MARIN, Maria José Sanches; PANES, Vanessa Clivelaro Bertassi. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE. Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília, v. 1, n. 1, 2015.

Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Brasília (DF): MS; 2003.

Ministério da Saúde. Portaria GM 699 de 22 de março de 2006. Aprova e regulamenta o pacto pela saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006c.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999.

Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá suas providências. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996.

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo Nunes. Avaliação Gerontológica Multidimensional das Condições de Saúde de Idosos Residentes Em Instituições de Longa Permanência. Natal (RN), 2012. 66f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. De Campos LM, tradutora. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010.

Papaléo NM, Carvalho F. Geriatria: fundamento, clínica e terapêutica. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2005.

PEREIRA, S.R.M. et al. Quedas em idosos. In: Jatene FB, Cutait R, Eluf Neto J, Nobre MR, Bernardo WM, orgs. Projeto diretrizes. Vol. 1. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília, Conselho Federal de Medicina;2002. p.405-14.

PEREIRA SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Projeto Diretrizes: quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.

PERRACINI, M.R.; Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev. Saúde Pública, 2002; 36:709-16.

(PNAD) - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. T. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Prodanov, C. C; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. A velhice na Constituição. Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos, v. 20, n. 38, p. 85-106, 1999.

Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Who global report on falls prevention in older age. São Paulo, 2010.

RICCI, Natalia Aquaroni et al. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2010.

Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Cien saude coletiva [Periódico na Internet]. 2008

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al . Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em idosos. Disponível em: . http://sbgg.org.br/publicacoes-cientificas/artigos/Acesso em: 17 abril 2016

SILVA, Maria Elisabeth Cestari; LUNARDI, Valéria Lerch. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. Acta Paul Enferm, v. 21, n. 4, p. 649-53, 2008.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2011 Oct 22]; 41(5): 749-756.

SOUZA, Michele Souza. Envelhecimento, políticas públicas e exclusão social: trajetória de idosos de comunidades do Complexo de Manguinhos. 2013.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. In: Metodologia da pesquisa-ação. Cortez, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO SOBRE QUEDAS

Caso já tenha sofrido alguma queda responda as seguintes perguntas:

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

Fonte: Ministério da saúde. Caderneta de saúde da Pessoa Idosa, versão 2014

ANEXO B: AVALIAÇÃO AMBIENTAL PARA RISCO DE QUEDAS

ITENS IMPORTANTES PARA A SEGURANÇA DO DOMICÍLIO		201--		201-	
LOCAIS	ITENS	S	N	S	N
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas	S	N	S	N
	Presença de barras de apoio	S	N	S	N
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos	S	N	S	N
ILUMINAÇÃO	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus.	S	N	S	N
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos	S	N	S	N
BANHEIRO	Área do chuveiro com antiderrapante	S	N	S	N
	Box com abertura fácil ou presença de cortina firme	S	N	S	N
COZINHA E QUARTO	Armários baixos sem necessidade do uso de escadas	S	N	S	N
ESCADA	Piso antiderrapante	S	N	S	N
	Corrimão dos dois lados e firmes	S	N	S	N

Fonte: Ministério da saúde. Caderneta de saúde da Pessoa Idosa, versão 2014

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos idosos residentes na zona rural do Município de São Jose de Mipibu RN

Este é um convite para o (a) senhor (a) participar da pesquisa: "**IMPLEMENTANDO A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E PREVENÇÃO DE QUEDAS."**, sob a responsabilidade da pesquisadora Zuleika Dantas do Vale Tavares, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e orientação pela Profª. Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo principal implementar a caderneta de saúde da pessoa idosa visando contribuir para uma política de prevenção de quedas de idosos no domicílio. Os agentes comunitários de saúde farão algumas perguntas ao (a) senhor (a) para que possam preencher a caderneta de saúde da pessoa idosa

Caso decida aceitar o convite, o (a) senhor (a) será submetido aos seguintes procedimentos: responderá perguntas sobre sua vida e sobre seu ambiente domiciliar para que o agente comunitário de saúde preencha seus dados pessoais e o instrumento de quedas e avaliação ambiental em que está inserido na caderneta.

Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos e o (a) senhor (a) responderá alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com sua participação, uma vez que as informações foram coletadas na sua própria residência. Sua participação deve ser voluntária. O senhor (a) não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. O (a) senhor (a) também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com o senhor (a) e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Quanto aos benefícios, o (a) senhor (a) irá contribuir para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção de quedas no domicílio de idosos e será orientado pelo seu agente comunitário de saúde a se prevenir de quedas e a melhorar a segurança da sua casa para evitar quedas e suas complicações.

Além disso, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar o (a) senhor (a). Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

O (a) senhor (a) ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas e, se tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa, terá o acompanhamento e assistência da pesquisadora Zuleika Dantas do Vale Tavares, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família e enfermeira da vigilância epidemiológica de seu Município, além da Profª Drª Vilani Nunes Araújo Nunes, orientadora, por meio do telefone (84) 3342-2275. A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, foi considerada a partir da assinatura do impresso de consentimento.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado à Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, Telefone/Fax (84) 3342-5003. Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970,Fone/fax: 3342-2275.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou suficientemente esclarecido e compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e que consinto de forma voluntária a fazer parte da pesquisa, com a qual concordo e dou minha participação, contribuindo com o estudo: "Implementando a caderneta de saúde da pessoa idosa: proposta de diagnóstico, monitoramento e prevenção de quedas. "

_____

Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

_____

Pesquisadora Responsável
Zuleika Dantas do Vale Tavares

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO B

Aos agentes comunitários de saúde integrantes das equipes de estratégia de saúde da família que atuam na zona rural do Município de São Jose de Mipibu-RN

Este é um convite para o (a) senhor (a) participar da pesquisa: "**IMPLEMENTANDO A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E PREVENÇÃO DE QUEDAS.”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Zuleika Dantas do Vale Tavares, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e orientação pela Prof.ª. Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo principal implementar a caderneta de saúde da pessoa idosa visando contribuir para uma política de prevenção de quedas de idosos no domicílio. O (a) senhor (a) fará algumas perguntas à pessoa idosa pertencente a sua área, para que o (a) senhor (a) possa preencher a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Caso decida aceitar o convite, o (a) senhor (a) será submetido aos seguintes procedimentos: Participará de duas oficinas para reconhecimento e prevenção de risco de quedas relacionados ao ambiente domiciliar do idoso, como material didático receberá um guia intitulado “Lar seguro, idoso ativo”. Será também capacitado para preencher os dados pessoais do idoso e o instrumento de quedas e avaliação ambiental que está inserido na caderneta.

Os riscos envolvidos na pesquisa foram mínimos. O (a) senhor (a) fará alguns questionamentos e participara das duas oficinas, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida pelo idoso ou qualquer questionamento durante as oficinas. Caso ocorra algo indesejado, o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com sua participação, uma vez que as informações foram coletadas durante seu processo de trabalho. Sua participação deve ser voluntária. O senhor (a) não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. O (a) senhor (a) também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com o senhor (a) e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Quanto aos benefícios, o (a) senhor (a) irá contribuir para qualificar o cuidado ofertado no SUS (sistema único de saúde) e para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção de quedas no domicílio de idosos e será capacitado pela enfermeira da vigilância do seu município, também autora desta pesquisa a orientar a pessoa idosa a se prevenir de quedas e a melhorar a segurança da sua casa para evitar quedas e suas complicações.

Além disso, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar o (a) senhor (a). Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

O (a) senhor (a) ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e se tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa, terá o acompanhamento e assistência da pesquisadora Zuleika Dantas do Vale Tavares, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família e enfermeira da vigilância epidemiológica de seu Município, além da Prof.ª Drª Vilani Nunes Araújo Nunes, orientadora da mesma, por meio do telefone (84) 3342-2275.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, foram considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado na Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, Telefone/Fax (84) 3342-5003. Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: 3342-2275.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou suficientemente esclarecido e compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e que consinto de forma voluntária a fazer parte dela, com a qual concordo e ofereço minha participação, contribuindo com o estudo: “Implementando a caderneta de saúde da pessoa idosa: proposta de diagnóstico, monitoramento e prevenção de quedas.

_____
Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

_____
Pesquisadora Responsável
Zuleika Dantas do Vale Tavares

APENDICE C: CARTA DE ANUÊNCIA

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura de São José de Mipibu/RN
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Barão de Mipibu, 42 – Centro – São José de Mipibu/RN.
Fone (0XX84) 3273-3359 – CEP 59.162-000

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitamos a senhora pesquisadora Zuleika Dantas do Vale Tavares, enfermeira, CPF:912.321.804-59, para desenvolver a pesquisa intitulada: "Implementando a caderneta de saúde da pessoa idosa: proposta de diagnóstico, monitoramento e prevenção de quedas.", sob orientação da professora Dr. Vilani Medeiros Araújo Nunes.

Os dados serão coletados pelos agentes comunitários de saúde que atuam na zona rural, durante seu período de trabalho. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados para essa tarefa. Toda equipe foi informada sobre a realização dessa pesquisa.

A pesquisa está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Os idosos e agentes comunitários de saúde assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido para participação da pesquisa.

São José de Mipibu, 03 de julho de 2015

Alexandre Beckmans V. Dantas
Secretário Municipal de Saúde

Alexandre Beckmans Veras Dantas
Secretário Municipal de saúde

APÊNDICE D: GUIA LAR SEGURO: IDOSO ATIVO

CAPA

Lar seguro, idoso ativo: Guia de promoção de um ambiente seguro para o risco de quedas destinado aos agentes comunitários de saúde

“ Que cada comunidade acompanhe

com uma compreensão amorosa

todos os que envelhecem”.

João Paulo II

Prólogo

O envelhecimento da população se mostra como uma realidade de toda sociedade e é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda de mortalidade e fecundidade, aos quais se juntam os avanços da medicina no aumento da esperança de vida. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.

Pensar no futuro e se imaginar autônomo e independente, deveria ser o sonho de consumo de toda pessoa que busca apagar as velinhas e cantar muitas felicidades e muitos anos de vida. Para tanto devemos principalmente harmonizar corpo e mente e buscar a manutenção das nossas relações sociais, pois sabemos que a medida que vamos envelhecendo, a qualidade de vida é fortemente determinada pela capacidade de manter a autonomia e a independência.

Nesse contexto, as quedas em idosos representam um grave fator que gera dependência, causando injúria, incapacidade, institucionalização e morte. Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano e das que caem 30% das quedas ocorre no domicílio.

Promover um ambiente seguro é essencial para prevenir muitos fatores de risco, dos quais provavelmente podem ser alterados ou eliminados. Pretende-se com informações simples e práticas evitar essas quedas e orientar como proceder e reagir em situações de quedas, não só para as pessoas idosas, como também os familiares e cuidadores, tendo o agente comunitário de saúde como principal multiplicador.

Acreditamos que através desse guia é possível tornar o lar do idoso mais seguro, ajudando na sua independência e promovendo uma maior qualidade de vida, pois sabemos que uma simples queda pode mudar a vida da pessoa idosa.

Apresentação

As causas de quedas são muito numerosas. Os seus fatores de risco podem ser classificados em dois grupos:

Fatores intrínsecos ou relacionados com os idosos:

O envelhecimento traz consigo uma redução da função dos sistemas do nosso corpo, as mudanças físicas e mentais como redução da acuidade visual, auditiva, diminuição força muscular gerando desequilíbrio são comuns nessa idade, assim como o aumento no consumo de medicação, pelo aparecimento de doenças como hipertensão, diabetes, osteoporose, depressão. Esses são alguns dos fatores intrínsecos que contribuem para ocorrência de uma queda.

Fatores extrínsecos ou relacionados com o ambiente

A maioria das quedas dentro de casa ocorre geralmente quando a pessoa idosa está realizando suas atividades do dia a dia, como caminhar, levantar, sentar, lavar, principalmente se o chão for escorregadio, se os brinquedos dos netos estiverem espalhados pelo chão, se a luz for fraca.

Esses são alguns dos fatores extrínsecos que vamos explorar nesse guia, esses fatores permitem ao ACS (agente comunitário de saúde) uma intervenção mais rápida e eficaz.

Este guia nasce com o objetivo de fornecer aos agentes comunitários de saúde subsídios para um trabalho preventivo, educativo e individualizado, estimulando o uso da caderneta da pessoa idosa formulada pelo ministério da saúde e auxiliando na identificação de riscos de quedas, oferecendo ao idoso um lar mais seguro e que lhe proporcione maior mobilidade. Esperamos que devido a apresentação de recursos práticos e atuais, esse guia também auxilie caso ocorra a queda, minimizando suas consequências. Incentivar a segurança no domicílio por parte do ACS, torna o idoso, a família e o cuidador mais sensíveis, impulsionando a adoção de hábitos preventivos que possam evitar quedas.

A Importância de evitar a primeira queda

A queda é um evento não intencional em que um indivíduo cai inesperadamente em direção ao chão ou em um outro nível mais baixo. Tem como causa múltiplos fatores, como já vimos, por isso é muito importante que o ACS fique atento a esses fatores. Padecem, com frequência, os idosos e segundo o relatório global da organização mundial de saúde sobre prevenção de quedas na velhice (2010) mais de um terço das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda ao ano. Aqueles que caem mais de uma vez têm cerca de três vezes mais chance de cair novamente.

As complicações mais graves são as fraturas e o traumatismo craniano, causando lesões físicas e mentais, como resultado, os idosos ficam acamados, apresentam confusão mental, pneumonia e úlcera por pressão (escaras).

A reabilitação após a queda pode ser demorada e o afastamento do convívio social pode levar o idoso a depressão. Sabendo disso o ACS deverá visitar com mais frequência o idoso que caiu e agendar uma visita da equipe da estratégia de saúde da família (ESF) e do núcleo de apoio a saúde da família (NASF), não se esqueça de pedir aos amigos e vizinhos que também visitem.

O medo de cair está presente não apenas em quem cai. Não assuste o idoso falando apenas das complicações, fale principalmente da prevenção, é importante que o idoso tenha noção do perigo e saiba que a queda pode ter ocorrido por um problema de saúde que deve ser investigado e tratado adequadamente e que esconder a queda, só piora a situação.

Outra coisa muito importante em todos os momentos é dar voz ao idoso, mesmo com dificuldades eles podem se comunicar de alguma maneira, não faça perguntas a familiares ou cuidador antes de fazê-la ao idoso. Não vá visitá-lo apressado ou o trate por vôzinho ou velhinho. A pessoa idosa merece muito respeito.

O grande passo é evitar a primeira queda, você já aprendeu os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos; viu que os fatores fisiológicos do envelhecimento favorecem as quedas e a importância de identificá-los para o tratamento adequado e prevenção do risco; sabe que os idosos tomam muitos medicamentos que podem causar sonolência e diminuir os reflexos e que isso torna-se um risco também. Leia agora a caderneta do idoso e a tenha sempre com você durante suas visitas

1- Os riscos domésticos mais comuns para quedas

Observamos em nossa realidade que o lar do idoso em sua esmagadora maioria não é adaptado para ele, principalmente em territórios que concentram idosos de baixa renda. Vemos algumas adaptações apenas nas casas onde idosos já sofreram quedas.

As casas doadas por projetos sociais do governo federal, não apresentam nenhuma preocupação com a segurança ambiental e ao reformar, observamos que as famílias se preocupam muito com a estética e não com a adequação do espaço.

No lar	Fatores de Risco	Orientações
Entrada da casa	Batentes, degraus ou escadas	Devem ser sinalizados com uma faixa vermelha no chão ou adesivo fluorescente. Podemos improvisar com 3 tiras de fita crepe pintadas de vermelho ou cor que contraste com o piso. Orientar a família trocar sempre que necessário. Observar se o batente ou escada pode ser substituído por rampa. As escadas devem ter barras de apoio.
Porta	Pequenas dimensões e puxadores difíceis de segurar	As portas deverão ter uma largura mínima de 80 cm. Os puxadores redondos dificultam a abertura da porta.
Iluminação	Luz fraca ou falta de iluminação	As lâmpadas devem ser fluorescentes, as luzes de presença são uma boa opção na iluminação e economia de energia. As janelas deverão estar sempre abertas pela manhã. Como segunda opção deixar uma luz acesa para facilitar a circulação do idoso na hora de dormir.
Sala e Corredores	Ausência de corrimões, tapetes soltos e móveis que prejudicam a circulação e interruptores não sinalizados	Essas orientações servem para todo o espaço: prenda os tapetes com fita dupla face, o melhor é não usá-los. Deixe a casa livre de móveis ou obstáculos para melhorar a mobilidade. Você consegue circular com facilidade? O que poderia tirar do caminho? Os interruptores podem ser pintados ou adesivados, os adesivos luminosos que se colocam em bicicleta é uma boa opção. Oriente a família a fazer um orçamento de corrimões, o custo-benefício vale a pena. As

		cadeiras e poltronas usadas geralmente para ver TV, deve ter apoio de braços e costas.
Pisos	Pisos escorregadios, muito encerados, irregulares, esburacados e mal fixados.	Oriente a família a procurar pisos antiderrapantes, principalmente no banheiro. O uso de ceras deve ser evitado, estar sempre atento a pisos molhados. A urina e fezes de crianças e animais devem ser logo retiradas, deixando sempre o piso seco. Atenção para o pano de secar, muitas vezes após usado é deixado como tapete, oriente a retirá-lo imediatamente após o uso.
Quarto	Presença de tapetes ao pé da cama, camas muito altas ou muito baixas. Colchão que afunda.	Recomenda-se que a altura da cama seja entre 45 a 50cm. No próximo capítulo daremos dicas de como se deitar e levantar da cama. O colchão não deve afundar com o idoso, deve ser firme.
Cozinha	Armários de difícil acesso, panelas pesadas, chão propício a sujeiras como resto de comida e bebida.	A disposição dos móveis em L é recomendada. É uma área perigosa para queimaduras, principalmente quando se fazem as refeições com o neto no colo. Evitar subir em cadeiras ou banco para alcançar panela ou outro utensilio. Atentar para o piso. Se o idoso prepara as refeições da casa, organize a cozinha de modo que tudo fique ao seu alcance. Os utensílios devem ser leves e se possível cozinhar sentada.
Banheiro	Piso e tapetes. Sanitário baixo, ausência de barras de apoio, cortinas frouxas e box de vidro.	Esse é o cômodo vilão para quedas. É recomendado um tapete de borracha ou plástico, antiderrapante e fixo na área do chuveiro. As barras de apoio devem ser laterais, colocadas a uma altura entre 0,70m e 0,75m do chão. O porta papel higiênico deve estar do lado direito e a uma altura acessível, cerca de 0,60 cm do chão. As cortinas devem estar bem fixas e deve-se evitar box de vidro. Ficar bastante atento ao piso, degraus e iluminação, já citados a cima. Se possível oferecer ao idoso o sabonete líquido, se não, oferecer em barra quadrado, de modo que facilite o manuseio.

O ACS deve observar o quadro abaixo e tentar adaptar a casa para que se torne o mais confortável e segura possível. Essa modificação deve ser sempre realizada com consentimento da pessoa idosa, que se possível deve contribuir com soluções. ACS lembre que todo o ambiente faz parte da história do idoso e tem um

significado afetivo para ela. A família e o cuidador devem também participar desse processo.

Fazer a leitura do quadro abaixo e explicar sua importância, mantendo sempre o diálogo é bastante saudável.

ACS não esqueça de perguntar em sua visita domiciliar se o idoso caiu e também de preencher a caderneta da pessoa idosa.

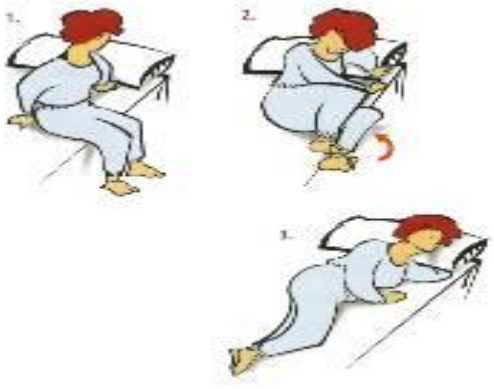
2- Manter-se ativo dentro de casa

A casa deve proporcionar a pessoa idosa mobilidade, o ACS deve aproveitar a VD para incentivar o idoso a se mexer. Aí vão algumas dicas:

- Ao chegar à casa do idoso é comum ele estar sentado. Oriente que se deve evitar ficar sentado ou de pé ou parado por longos períodos de tempo.
- A posição deitada para muitos idosos é repousante, mas ficar deitado por muito tempo pode provocar desconforto na coluna.
- Se o idoso tiver de apanhar um objeto no chão, oriente a fletir os joelhos, mantendo a coluna reta.
- Para preencher a caderneta da pessoa idosa na parte da avaliação ambiental, é necessário que o ACS percorra toda casa, convide o idoso para lhe acompanhar.
- Ao subir ou descer escadas o idoso deve sempre usar o corrimão. Na descida o risco é maior. Ao subir o degrau, oriente o idoso a inclinar o tronco para frente e ao descer manter-se reto.
- Ao se sentar em uma cadeira ou poltrona o idoso deverá colocar-se de costas para o assento, sentindo-o nas pernas e ajudando com os braços para facilitar o movimento.

- Para se levantar, o idoso deve se arrastar um pouco até a beira do assento, empurrando com os ombros e braços para facilitar o movimento para frente.

- Para se deitar, o idoso deve colocar-se de costas para a cama, perto do travesseiro, e sentar-se. Inclinando lateralmente o tronco até apoiar a cabeça no travesseiro, levantando primeiro a perna mais próxima da cama. Se existir o risco de queda durante o sono, recomenda-se a colocação de barras laterais em ambos os lados ou encostar a cama na parede e instalar uma barra do outro lado.



- Para se levantar da cama, o idoso deve colocar-se primeiro de barriga para cima. Dê início ao movimento incorporando o pescoço e a cabeça, aproximando o queixo do peito e logo a seguir os ombros, enquanto apoia

os cotovelos e as palmas das mãos sobre a cama. Em seguida, oriente a retirar a perna mais próxima da beirada da cama enquanto faz um movimento de rotação sobre as nádegas e acaba de elevar o tronco até ficar sentado.

3- Como orientar o idoso que caiu?

É um fato natural do envelhecimento e comumente observado pelos profissionais de saúde, as pessoas idosas acharem que não têm limitações físicas. Quando a pessoa idosa não aceita o declínio das capacidades sensoriais e motoras, superestimando sua capacidade de realizar as atividades como fazia anteriormente, pode ocorrer a queda. Esse fato pode ser levado para uma roda de conversa com o grupo de idosos na sua comunidade e é mais um bom momento para se incentivar o uso da caderneta do idoso.

Às vezes, a pessoa idosa cai e em seguida se levanta, continuando seus afazeres, não percebendo que se machucou no momento da queda. Às vezes por vergonha da incapacidade ou medo da repreensão, medo de ser hospitalizada ou levada a uma instituição de longa permanência (abrigo), não diz que caiu. E, por achar que cair faz parte do envelhecimento, não fala sobre a queda, por isso é importante o ACS perguntar se a pessoa idosa caiu e anotar na caderneta.

Em qualquer situação de queda o idoso deve ser levado à unidade básica de saúde para ser avaliado pela equipe de saúde.

O ACS pode construir em sua comunidade a cultura do apito, caso o idoso caia ele pode soprar o apito e o sinal sonoro vai alertar familiares, cuidadores e vizinhos para o agravo. O apito é um objeto barato que pode ser espalhado por vários cantos da casa.

Orientações se a lesão for grave:

- Se acha que fraturou algum osso, evite movimentar-se e peça ajuda médica imediatamente.
- A maioria das lesões na cabeça não é grave, mas algumas podem e devem ser tratadas o mais cedo possível.

- Se um corte produzir uma hemorragia abundante, pressione a ferida com uma gaze esterilizada ou um pano limpo e peça ajuda e ligue urgente para SAMU 192.
- Procurar ajuda urgente se apresentar qualquer sinal ou sintoma abaixo:
  - Dificuldade respiratória;
  - Hemorragia grave na cabeça ou no rosto, o sangue vindo do nariz e ouvidos;
  - Alterações do estado de consciência, confusão mental ou sem reação.

E como podemos nos levantar após uma queda?

PASSO 1: Rode sobre o próprio corpo até ficar de barriga para baixo.

PASSO 2: Apoie os joelhos até ficar de quatro. Procure, com o olhar, um elemento de apoio firme e aproxi-me-se dele.

PASSO 3: Apoie firmemente as mãos no mesmo e tente se colocar de pé com a ajuda dos antebraços.

PASSO 4: Uma vez de pé, descanse antes de voltar a andar.

5 a importância da utilização da caderneta do idoso para o registro de quedas.

A caderneta faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa. Ela auxilia não só o ACS, mas toda a equipe de saúde a

acompanhar o idoso e promover ações para que se tenha um envelhecimento ativo e saudável.

A nova versão 2014 está bem mais completa: permite o acompanhamento longitudinal por 5 anos, possibilita a identificação do idoso frágil por meio do índice de vulnerabilidade clinico-funcional, permite o monitoramento de condições crônicas de saúde, alerta a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco, possibilita a identificação do risco de quedas na atenção básica e avaliação do ambiente, entre outros. Portanto, a caderneta de saúde é importante não só para prevenção de quedas, mas para o acompanhamento de saúde geral da pessoa idosa.

O ACS tem papel fundamental na propagação do uso da caderneta pela pessoa idosa. Tenha sempre com você um exemplar e ao fazer a VD mensalmente peça a caderneta e faça as anotações necessárias, estimule a pessoa idosa a levá-la sempre que for a unidade de saúde. A caderneta de saúde é importante não só para prevenção de quedas, mas para o acompanhamento de saúde geral da pessoa idosa.

Serviços e Telefones Úteis

1. Conselho Estadual do Idoso- Natal-RN- 3232-1199
2. Corpo de Bombeiros – 193
3. Delegacia de Polícia, ministérios públicos estaduais, conselhos estaduais e municipais do idoso – denúncia de maus-tratos, pessoalmente, por carta ou telefone.
4. Delegacia especializada na pessoa idosa- Natal-RN- 3232-0521/ 3232-7085
5. Disque saúde – 0800 61 1997 – serviço gratuito funciona todos os dias das 8h às 18h. Pode ser acionado de qualquer telefone público.
6. E-mail do Ministério da Saúde: idoso@saude.gov.br
7. Portal da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs
8. Portal do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br
9. Previdência social – PREVIFONE- 0800-78-0191
10. PROCON – denúncias contra empresas de planos e seguros de saúde.
11. Promotoria do idoso- Natal-RN- 3232-7244/ 3232-7245
12. SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192
13. Saúde Legis: www.saude.gov.br/saudelegis
14. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – denúncias de problemas de atendimento no SUS.
15. SOS IDOSO- Natal-RN- 3232-8471/ 0800-841021/ 98818-1498
16. Violência contra a mulher – 180