

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUCIANA LOPES MONTEIRO**

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO AMBIENTE  
DOMICILIAR - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

**2013**

**LUCIANA LOPES MONTEIRO**

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO AMBIENTE  
DOMICILIAR - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

**2013**

**LUCIANA LOPES MONTEIRO**

**PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO AMBIENTE  
DOMICILIAR - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, .....

## **Dedicatória**

A meus pais: simplesmente razão do meu viver.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela paciência, porque foi preciso muita, afinal duas jornadas de serviço, academia entre outros afazeres e ainda encontrar tempo para me dedicar aos estudos não foi fácil.

Aos meus amigos por agüentarem meu mau humor, porque tinha dias que nem eu me suportava.

Ao meu irmão Cláudio por me ajudar na parte ‘como não dar pau no seu notebook e perder todos seus trabalhos’.

Às colegas da pós graduação e companheiras de viagem, Joyce, Liliane e Dalila, nossas idas a Governador Valadares com certeza vão ficar sempre em nossas memórias e em nossas carteiras de dinheiro.

À amiga, colega de trabalho, Letícia, quase três anos juntas lutando por uma saúde digna e alcance de todos.

E finalmente ao meu anjo da guarda, amigo, irmão de coração, Wendel José, obrigada por sempre acreditar em mim.

*“Já estava na hora de ir para o trabalho, eram quase 7:00 da manhã. Estava cansada, cabeça pesada, sem dormir há dois dias. O quadro de letargia que meu pai sofria, os episódios febris sem explicação, tiravam qualquer animo e vontade de ir trabalhar ou fazer qualquer outra coisa. A preocupação dobrava, ainda mais por ele ser portador de diabetes tipo II. Não estava se alimentando e apresentava diarreia e provavelmente já estava desidratado. Naquele momento queria pensar como enfermeira e não como filha desesperada que já não sabia mais o que fazer. Até que escutei um barulho, parecia vir do banheiro. Minha mãe acordou com o estrondo e ela que me perguntou onde estava meu pai. Quando abrimos a porta, lá estava ele, caído entre o box e o vaso sanitário. Minha reação foi gritar e sacudir seu corpo. Sentia aquele suor frio e pegajoso em minhas mãos. Por alguns instantes ele pareceu não respirar. Como instinto lhe dei um tapa na face e sua respiração foi retornando devagar. Estava retornando a consciência e começou a falar devagar o que havia acontecido: fui ao banheiro para urinar, mas senti minha visão escurecer, tentei me equilibrar na barra do box, mas as meias escorregavam, devido ao chão liso e quando me dei conta você já estava gritando meu nome, pedindo para eu voltar”(Depoimento meu sobre a queda sofrida por meu pai em 05 de maio de 2013).*

## RESUMO

As pessoas ao longo da vida estão sujeitas a sofrerem algum tipo de queda, entretanto a pessoa idosa é a mais susceptível e vulnerável, devido aos fatores de risco aos quais está exposta. Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para prevenção de quedas de pessoas idosas no ambiente domiciliar a ser desenvolvida pela equipe de saúde da família Santa Zita II, município de Caratinga – MG. Inicialmente fez-se uma revisão de literatura que embasou a elaboração da proposta. Grande parte das quedas em idosos ocorre no meio domiciliar, cujas causas estão relacionadas aos fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. As quedas entre a população de idosos são muito prevalentes e trazem uma série de conseqüências, sejam elas físicas, psicológicas, emocionais entre outras, o que pode acarretar perda da qualidade de vida, imobilidade, hospitalização, institucionalizações e até mesmo a morte. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando os fatores de risco e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência. Espera-se que com a implantação da proposta de intervenção seja possível diminuir o número de quedas entre a população idosa, suas conseqüências e complicações, como restrição ao leito, imobilidade física, isolamento social e até mesmo a morte, assegurando uma melhor qualidade de vida para o idoso.

**Palavras chave:** Saúde do idoso. Acidentes por queda. Habitação para idosos. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

People throughout life are subject to suffer some kind of fall, though the elderly person is more susceptible and vulnerable, due to the risk factors to which it is exposed. This study aims to develop a proposal for intervention for prevention of falls of the elderly in the home environment to be developed by the family health team Santa Zita II, municipality of Caratinga-MG. Initially a literature review that served the drafting of the proposal. A large number of falls in the elderly occurs in the Middle House, whose causes are related to extrinsic and intrinsic factors, behavioral. Falls among the elderly population are very prevalent and bring a series of consequences, whether physical, psychological, emotional and others, which may result in loss of quality of life, immobility, hospitalization, institutionalizations –with and even death. Their occurrence can be avoided with appropriate preventive measures to identify the risk factors and developing methods to reduce their occurrence. It is expected that with the implementation of the proposed intervention is possible to decrease the number of falls in the elderly population, its consequences and complications such as restriction to the bed, physical immobility, social isolation and even death, ensuring a better quality of life for the elderly.

**Keywords:** health of the elderly. Accidents by fall. Housing for the elderly. The family health program

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	16
5.1 Causas das quedas de pessoas idosas em ambiente domiciliar .....	16
5.2 Conseqüências das quedas em idosos.....	18
5.3 Como a Equipe de Saúde da Família pode intervir na prevenção de quedas .....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	23
6.1 Problema priorizado .....	23
6.2 Objetivos .....	23
6.3 Ações a serem desenvolvidas .....	24
6.4 Recursos críticos .....	24
6.5 Viabilidade .....	26
6,6 Estratégias propostas .....	26
6.7 Cronograma .....	27
6.8 Gestão, acompanhamento e avaliação .....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
REFERÊNCIAS .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

O velho vê o teto. Vê apenas, não tem tempo de olhar. Agita os braços e as pernas como um cágado virado de barriga para o ar...[...]. Cai velho, cai. Repara que neste momento tens os pés mais altos que a cabeça ...[...]. Este velho não está morto. Desmaiou apenas [...]. O coração bate, o pulso esta firme, parece o velho que dorme[...]. (CHAIMOWICZ, 2013, p.90 *apud* SARAMAGO, 1998).

Durante o levantamento de dados para elaboração do diagnóstico situacional da equipe de Saúde da Família (ESF) Santa Zita II, trabalho exigido pela disciplina obrigatória do módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais, foram detectados vários nós críticos de fácil, médio e difícil resoluções pela equipe. Alguns fora do alcance de nossa resolutividade e outros já ao alcance de nossas capacidades. Dentre os nós críticos e problemas detectados destacam-se:

- Falta de empenho e participação por membros da equipe.
- Recursos físicos inadequados para atender as duas equipes
- Recursos materiais muitas vezes inexistentes, impedindo realização de alguns procedimentos como curativos, nebulização e ate mesmo preventivo contra câncer de colo uterino.
- Cota de exames insuficiente para atender demanda espontânea e programada.
- Falta de protocolos e linhas guias para direcionamento do atendimento
- Falta de referencia e contra referencia entre os níveis de atenção.
- Desvalorização dos profissionais da equipe de enfermagem.
- Transporte insuficiente e quase inexistente para atender a demanda da equipe – apenas o médico possui veiculo para realizar suas atividades extra unidade e em meio período
- Falta da equipe odontológica a ESF.
- Ausência de ações especificas para o atendimento de idosos

Observou-se a falta de ações planejadas, de utilização de protocolos e linhas guias para direcionamento do atendimento ao público alvo de nossas ações. Para –Werneck, Faria e Campos, (2009) diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços de saúde podem ser enfrentados quando se utiliza um instrumento como o protocolo, sendo fundamental a definição de estratégias no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações em saúde.

Realizamos um levantamento populacional, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em dezembro de 2012, através de dados da Ficha A de cadastramentos das famílias adscritas pela unidade e deparamos com um número expressivo de pessoas acima de 60 anos. No total a ESF Santa Zita II assiste um número de 2720 usuários, sendo que 16,89% correspondem ao público acima de 60 anos (454 pessoas).

Através deste levantamento foi constatado também que nos meses de outubro a dezembro de 2012, durante visitas domiciliares realizados pelos ACS, das 10 internações de usuários assistidos pela equipe, 5 correspondiam ao público acima de 60 anos. E destas 5 internações todas foram acarretadas pelo mesmo motivo: quedas. Destas 2 acarretaram procedimentos cirúrgicos devido à fratura de fêmur, e as demais apenas escoriações e lacerações o que demandou cuidados diários por parte da equipe de saúde da família (SIAB, 2012).

Uma vez que os cuidados diários demandavam o uso de recursos materiais como gazinhas, faixas, soro fisiológico 0,9%, além de óleos e pomadas específicos para cada tipo de ferida, muitos destes infelizmente apresentavam-se condições abaixo do necessário para realização de tais procedimentos. Assim os cuidados não foram prestados de forma correta, e em várias ocasiões as famílias viram-se na necessidade de arcar com os gastos. Para os idosos que necessitaram do procedimento cirúrgico as visitas domiciliares por membros da ESF deveriam ser rotineiras e quase diariamente, e devido à falta de transporte disponível e a distância do domicílio a unidade de saúde, impossibilitou um cuidado de qualidade e adequado ao usuário submetido ao procedimento.

Devido então a gama de problemas envoltos em uma única questão, as quedas de pessoas acima de 60 anos em seu meio domiciliar, priorizou-se a criação de uma proposta de intervenção voltada para este público especificamente, com o intuito de prevenir possíveis quedas e suas conseqüências e seqüelas.

De acordo com a Linha Guia do Idoso (MINAS GERAIS, 2006), os idosos que sofrem quedas tornam-se inseguros, com medo e com grandes possibilidades de abandonar suas atividades do dia a dia, o que leva a sua reclusão e a não realização de práticas habituais como se alimentar sozinho, realização de sua higienização pessoal, vestir-se ou até mesmo caminhar de um cômodo para o outro dentro de seu próprio domicílio.

Quedas representam uma série de problemas para as pessoas e estão associados a elevados índices de morbi mortalidade, redução da capacidade funcional e

institucionalização precoce. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação de pessoas idosas (MINAS GERAIS, 2006, p.37).

Assim a partir dos dados levantados, o propósito deste Trabalho de Conclusão de Curso é a elaboração de proposta de intervenção para prevenir as quedas em idosos em ambientes domiciliares, devendo logo após sua aprovação ser posto em prática e multiplicado para as demais ESF do município de Caratinga - MG.

## 2 JUSTIFICATIVA

Como exposto, este trabalho tem o intuito de elaborar propostas para detecção e prevenção de possíveis riscos de quedas em idosos no ambiente domiciliar. Sejam estes riscos intrínsecos “relacionados a fatores do próprio indivíduo, como problemas de equilíbrio ou visão”, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, da presença de doenças, fatores psicológicos e reações adversas de medicamentos, ou extrínsecos “relacionados a fatores externos, como um corredor mal iluminado e tapetes escorregadios” (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013, p.95).

De acordo com Minas Gerais (2006), 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% dos idosos repetem as quedas. Com isto é sumariamente necessário avaliar constantemente este grupo que apresenta maiores chances de queda e realizar uma avaliação mais criteriosa e detalhada. Os usuários que apresentam maiores chances de sofrerem quedas são: mulheres, pessoas com histórico anterior de fratura osteoporótica, mobilidade prejudicada, incapacidade de levantar se de uma cadeira sem o auxílio dos braços, marcha instável e distúrbios cognitivos.

Além deste intuito de identificação dos usuários mais propícios a quedas, esta proposta possibilitará o aprimoramento do conhecimento dos membros da ESF Santa Zita II. Tal proposta justifica-se uma vez que a equipe não segue um protocolo para direcionamento dos cuidados à população idosa, como também para os usuários alvo do plano de cuidados como seus familiares. Assim espera-se identificar, prevenir e minimizar as conseqüências e seqüelas que o idoso possa adquirir ao sofrer uma queda, evitando-se o abandono de suas atividades e afazeres diários, mantendo-se como um membro útil e capaz dentro do seu núcleo familiar e na sociedade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para prevenção de quedas de pessoas idosas no ambiente domiciliar a ser desenvolvida pela equipe de saúde da família Santa Zita II, município de Caratinga – MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar as principais causas das quedas de pessoas idosas em ambiente domiciliar.

Descrever as principais conseqüências das quedas em idosos.

Identificar como a equipe de saúde da família pode intervir na prevenção de quedas de idosos da sua área de abrangência.

#### 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo é uma elaboração de uma proposta de intervenção para identificação dos riscos e prevenção de quedas que pessoas acima de 60 anos podem vir a sofrer em seu ambiente domiciliar. O idoso saudável pode sofrer quedas em tarefas corriqueiras e cotidianas e que lhe requerem um equilíbrio, já o idoso considerável frágil estas quedas acontecem com mais frequência, pois apresenta maiores riscos, como sair do box do banheiro, levantar se da cama, cadeira ou sofá ou simplesmente ao tentar levantar ou sentar em um sanitário mais baixo.

Para a elaboração e o desenvolvimento desta proposta foi utilizado o levantamento de várias literaturas sobre o assunto nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em bancos de dados como *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), utilizando-se os descritores saúde do idoso, acidentes por queda, habitação para idosos, programa saúde da família. Foram utilizados também, manuais, protocolos do Ministério da Saúde, a Linha Guia do Estado de Minas Gerais de Atenção à Saúde do Idoso, livros textos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica (CEABSF), disponíveis no site ([www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

As pessoas, qual seja sua idade, estão sujeitas a sofrerem algum tipo de queda, entretanto a pessoa idosa é a mais susceptível, devido aos fatores, os quais ela está exposta. O risco de complicações como perda total ou parcial de sua capacidade funcional e de sua autonomia apresentam taxas maiores entre este público específico.

Quedas e as conseqüentes lesões resultantes constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social enfrentado hoje por todos os países em que ocorre expressivo envelhecimento populacional. Ocorrem devido à perda do equilíbrio postural e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade. Por isso, a queda pode ser um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional ou sintoma de uma nova doença (BUKSMAN *et al.*, 2008, p.3)

Considerado como um dos gigantes da geriatria, quedas são um dos principais e talvez o mais sério e frequente acidente doméstico que um idoso pode sofrer. É uma das principais causas de morte em pessoas acima de 65 anos, de acordo ainda com Buksman *et al.* (2008).

### 5.1 Causas das quedas de pessoas idosas em ambiente domiciliar

As causas de quedas em idosos podem ser ocasionais e facilmente identificadas, entretanto o que acontece com mais frequência é que elas “múltiplas e de difícil solução e de difícil individualização. Estão intimamente relacionadas com a postura e a marcha, que por sua vez, sofrem várias influências do envelhecimento normal e patológico” (FLORIANOPOLIS, 2010, p. 32).

Para Chaimowicz *et al.* (2013), as causas de quedas podem estar associadas a fatores intrínsecos, relacionados ao próprio indivíduo, como problemas de equilíbrio, visão, comorbidades e a fatores extrínsecos, como chão escorregadio, corredores mal iluminados. Na grande maioria das vezes mesmo na presença de um fator ambiental, normalmente é devido ao fator intrínseco que ocorre uma queda.

Entre os fatores intrínsecos de quedas mais comuns destacam-se: se a hipotensão ortostática, as demências, as sedações por ingestão medicamentos ou álcool, instabilidade da marcha, diminuição da acuidade visual, osteoartrose, vertigens e algumas doenças agudas como arritmias, infecções, entre outras. Entre os extrínsecos ou ambientais os fatores mais comuns

são: iluminação inadequada, pisos escorregadios ou irregulares, obstáculos no chão (moveis, fios, etc.), moveis baixos e soltos ou inadequados no ambiente, rampas íngremes, escadas, corredores e banheiro sem corrimão (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013).

Pode ocorrer que, “mesmo na presença de um fator ambiental, é um fator intrínseco que, em última instância, provoca a queda”. O mais provável é que um idoso que não apresenta alterações no equilíbrio e na visão dificilmente “cairá ao escorregar em um tapete ou andar em um corredor escuro”. O inverso também é real: um idoso com comprometimento de equilíbrio e da visão precários poderá não cair se locomover-se em ambientes seguros com tapete aderidos ao piso e corredores bem iluminados e com proteção na parede (corrimão) (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013, p.95).

Isto aponta para a importância de se avaliar corretamente as causas de uma queda, pois aparentemente podem estar associadas a fatores ambientais quando na verdade são extrínsecos ou múltiplos.

Neste sentido, Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) reforçam que idosos que apresentam alguma deficiência de equilíbrio e marcha e de visão ocasionalmente encontram maiores riscos em relação ao ambiente. Quanto maior for o grau de vulnerabilidade apresentado pelo idoso e a instabilidade provocada por esta, mais perigosos são os problemas relacionados com o ambiente.

Além dos fatores intrínsecos, ambientais ou extrínsecos, existem também os fatores comportamentais, que se referem ao grau de exposição, ao risco de sofrer quedas. Pessoas mais inativas e as mais ativas são as que têm maior probabilidade de sofrer quedas, devido à fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição aos riscos das outras (BUKSMAN *et al.*, 2008).

O idoso saudável pode sofrer quedas em tarefas corriqueiras e cotidianas que lhe requerem um bom equilíbrio; já o idoso considerado frágil apresenta maiores riscos, como ao sair do box do banheiro, levantar se da cama, cadeira ou sofá ou simplesmente ao tentar levantar ou sentar em um sanitário mais baixo. 29% dos idosos caem ao menos uma vez por ano e 13% dos idosos repetem as quedas (MINAS GERAIS, 2006).

É preciso avaliar constantemente os usuários que apresentam maiores chances de queda e realizar uma avaliação mais detalhada. Segundo a Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso (MINAS GERAIS, 2006), os usuários que apresentam maiores chances de sofrer queda são as mulheres idosas, idosos que apresentam história anterior de fratura, mobilidade prejudicada, incapacidade de se levantar da cadeira sem auxílio dos braços, marcha instável e distúrbios cognitivos.

## **5.2 Conseqüências das quedas em idosos.**

Os idosos diminuem ou até mesmo restringem suas atividades pela incapacidade física, dor, medo de cair novamente, família super protetora ou por aconselhamento de profissionais da saúde, entretanto são as quedas e as suas conseqüências que mais contribuem para este fato.

Em todas as fases da vida as quedas e suas conseqüências podem estar presentes, no entanto são vistas como uma intercorrência da idade avançada por sua freqüência e gravidade. O idoso cai mais e corre mais risco de apresentar lesões; o impacto emocional e social das quedas é devastador, entre as pessoas mais velhas. Uma queda pode acarretar o trauma direto, imobilidade pós queda, danos psicológicos e sociais. Além disso, sua alta incidência e seus altos custos assistenciais reforçam as quedas como importante problema para a saúde pública (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Neste sentido, exemplificando, “o alto custo relacionado às fraturas do quadril e as possíveis limitações da funcionalidade impõem o desenvolvimento de uma política pública de saúde voltada a prevenção de quedas e fraturas em pessoas idosas” (SÃO PAULO, 2010, p.43).

Além das conseqüências devido à queda, os idosos diminuem ou até mesmo restringem suas atividades devido incapacidade, dor, medo de cair novamente, família protetora ou por aconselhamento de profissionais da saúde.

Entre as principais conseqüências e complicações das quedas destacam-se as lesões das partes moles, provocando imobilidade e restrição prolongada ao leito. São comuns também a hospitalização e a institucionalização, aumentando assim o risco de doenças iatrogênicas, outras quedas levando a fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte (BRASIL, 2006).

Além da alta mortalidade, outras consequências devem ser consideradas para a saúde e a qualidade de vida do idoso, como a diminuição de sua capacidade funcional, a limitação na realização de atividades físicas e consequente diminuição da mobilidade. A queda no idoso pode provocar um receio de sofrer novas quedas, isolando-o da sociedade, diminuindo a sua autonomia e independência para a execução das atividades da vida diária (FERREIRA, 2010).

Bucksman *et al.* (2008) reforçam este temor do idoso sofrer novas quedas, o que pode ocorrer em 30 a 73% desta população. Este temor torna o idoso menos confiante na capacidade de deambulação o que geralmente aumenta a piora do declínio funcional levando à diminuição da auto estima ao isolamento social e à depressão. Logo, devido ao medo de cair novamente, o idoso diminui suas atividades habituais, seja pela dor ou pela própria incapacidade funcional.

Segundo, Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) a queda para uma pessoa idosa possui um significado, podendo gerar “incapacidade, injúria e morte”. O custo social se torna maior quando o idoso perde sua autonomia e torna-se dependente, sendo necessária, em algumas situações, a sua institucionalização após uma queda. Muitas vezes estes idosos manifestam o conformismo frente ao envelhecimento e acentuação da autoestima diminuída por fatores anteriores à queda. Quando a mesma acontece, principalmente em episódios repetidos, aumentam ainda mais estes sentimentos e o receio de depender do cuidado de terceiros, o que leva o idoso a buscar refúgio em suportes emocionais ancorados na fé e nas crenças religiosas.

As autoras citadas observaram em depoimentos uma notória passividade dos idosos em aceitar o envelhecer como “uma associação entre a vulnerabilidade do idoso – física psicológica e social – com seu comprometimento funcional” (FABRICIO, RODRIGUES e COSTA JUNIOR, 2004, p.94).

Quanto à reabilitação pós queda, Bucksman *et al.* (2008) afirmam que esta pode ser demorada, provocando uma imobilidade no idoso e quando esta é prolongada geralmente surgem complicações como tromboembolismo venoso, úlceras de pressão e incontinência urinária. Tais complicações tornam o idoso mais dependente, demandando mais cuidados e uma pessoa para fazê-los o geralmente gera custos e problemas sociais.

### 5.3 Como a Equipe de Saúde da Família pode intervir na prevenção de quedas

A prevenção das quedas e o manejo com suas possíveis consequências em pessoas idosas é hoje um desafio a ser enfrentado, uma vez que é crescente o número de pessoas que atingem idade mais avançadas e que apresentam quedas e suas consequências.

Siqueira *et al.* (2007) enfatizam que o envelhecimento da população associado ao aumento de doenças crônicas degenerativas apontam de maneira imprescindível a necessidade dos serviços de saúde se preparem e se adequem para o atendimento desta clientela. Apontam também para a importância da formação e capacitação de seus profissionais visando prevenir as quedas em idosos e quando isto não é possível, desenvolverem ações para minimizar as suas consequências e complicações.

Esta prevenção deve estar inserida em um contexto mais amplo de promoção de saúde e prevenção de limitações ao longo de toda vida. Programas direcionados à prevenção e manejo de quedas entre pessoas idosas, não podem representar ações isoladas, mas em intervenções integradas em três níveis (SÃO PAULO, 2010, p.43):

- Vigilância epidemiológica – monitoramento de dados relevantes como número de quedas sofridas, mortalidade, hospitalizações, incapacitações, que após serem sistematizadas, organizadas e devolvidas aos gestores locais para realização de ações a curto, médio e longo prazo.
- Aplicação de resultados de pesquisa sobre quedas com dados nacionais.
- Capacitação e treinamento de profissionais.

Reforçando, os fatores de riscos para quedas em idosos devem ser identificados previamente, bem como a prevenção e a reversão dos mesmos. Por outro lado “o tratamento das consequências da queda é dever dos profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até os níveis mais complexos”. O monitoramento da população idosa pela atenção primária se faz necessária, uma vez que esta população é mais fragilizada e dependente, “havendo menor possibilidade de reação diante de uma situação de desequilíbrio ou de se socorrem por conta própria após um episódio de queda no domicílio” (SÃO PAULO, 2010, p.61 e 63).

Tais situações exigem a necessidade de implantação e implementação de estratégias para a identificação de idosos, bem como apontamento de fatores de risco e ações de prevenção.

Considerando as atribuições específicas da Atenção Primária, algumas estratégias (SÃO PAULO, 2010, p.63) poderão ser utilizadas para a prevenção de quedas e suas conseqüências em pessoas idosas:

- Treinamento dos agentes comunitários de saúde e de toda equipe quanto definição de queda, identificação dos fatores de risco, conseqüências e formas de prevenção.
- Registro da ocorrência de quedas tanto pelo usuário como pela equipe.
- Acompanhamento do registro de quedas e investigação pela equipe.
- Utilizar impresso próprio para registro de quedas.
- Identificar fatores de risco: intrínsecos, extrínsecos e comportamentais.
- Promover ações educativas na comunidade, sala de espera, com linguagem simples e fácil entendimento.
- Avaliação e reavaliação dos medicamentos usados pelos usuários.
- Identificação da auto medicação.
- Prevenção contra iatrogenia.

Uma das formas de se prevenir quedas é a adaptação do ambiente com remoção dos riscos, diminuindo o número de acidentes e aumento da funcionalidade. É importante incentivar a mudança de atitude em relação ao ambiente, entretanto deve-se considerar o conhecimento prévio e familiaridade do idoso com o ambiente doméstico (BRASIL, 2011).

A prevenção de quedas do idoso pode se dar primariamente pelo incentivo à atividade física, uma nutrição adequada, identificação dos riscos domésticos e ambientais avaliando os fatores e eliminando favorecem as quedas; deve-se também fazer uma revisão periódica da medicação, avaliando a sua indicação, os efeitos colaterais e fatores iatrogênicos relacionados às quedas. Secundariamente a prevenção está voltada para as pessoas que já sofreram quedas, identificando as condições que aumentam o risco de serem repetidas e como evitá-las (MINAS GERAIS, 2006).

Para Chaimowicz *et al.* (2013) deve-se evitar a primeira queda. Assim todo e qualquer contato com o usuário idoso, seja através de visitas domiciliares, atendimento individual ou coletivo, os fatores sejam eles intrínsecos, extrínsecos e comportamentais devem ser identificados, e este usuário classificado quanto ao risco de sofrer ou não uma queda. A ocorrência de uma queda é uma oportunidade para investigar suas causas e corrigi-las para evitar a próxima.

Ainda segundo Chaimowicz *et al.* (2013), a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca como principal intervenção para diminuir a incidência de quedas entre a população idosa o estímulo à aquisição de um estilo de vida ativo, ou seja, manter, quando possível, as

atividades profissionais ou ocupacionais, afazeres domésticos, participar de atividades sociais e de lazer, praticar atividades física com regularidade e ações voluntárias.

Medidas de prevenção das quedas repercutem na diminuição da morbidade e da mortalidade, nos custos hospitalares, e no número de idoso em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI). Bucksman *et al.* (2008) reforçam que a elaboração de programas de prevenção não somente evitam as quedas, mas melhoraram a saúde como um todo interferindo na qualidade de vida.

A orientação do idoso e suas famílias, cuidadores e comunidade, em geral, quanto aos fatores de riscos de quedas e suas conseqüências, deve fazer parte das ações adotadas pela equipe de saúde, principalmente na atenção básica. Para Carvalho *et al.* (2010), os profissionais de saúde que lidam com a população idosa precisam ter uma abordagem que considere os todos os aspectos do envelhecimento e tenham um olhar atento para as dimensões culturais, emocionais e sociais, não se restringindo à realização de exames e ao controle de medicamentos.

É necessária, portanto, —uma atuação mais humanizada de toda a equipe, planejada e direcionada a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Uma proposta de intervenção nunca está totalmente completa e acabada, mas deve estar sempre pronta para orientar a equipe que a planeja (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Estabelecer os passos da proposta é essencial e neste trabalho são utilizados os recomendados por Cadete, Araújo e Corrêa (2013).

### **6.1 Problema priorizado**

Durante o diagnóstico situacional foram relacionados os problemas identificados já relatados anteriormente. Na priorização do problema e através de levantamentos populacionais utilizando a ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB,2012), foi detectado pela equipe que a população acima de 60 anos correspondia a 454 pessoas (16,89% da população de 2770 no total). Sendo este um grupo expressivo e mais susceptível a sofrer quedas e suas conseqüências como hospitalizações, imobilização ao leito e ate mesmo a morte, optou-se por elaborar esta proposta de intervenção para prevenção de quedas de idosos no ambiente domiciliar.

Entendendo nó crítico como “um tipo de causa do problema que quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p.63), em relação ao problema quedas em idoso, foram identificados os seguintes nós críticos:

- Falta de informação e desconhecimento por parte da família, cuidadores e idosos quanto aos riscos de quedas no ambiente domiciliar.
- Falta de preparo da equipe saúde da família quanto à detecção de idosos que apresentem risco de sofrer quedas.
- Sedentarismo dos idosos.

### **6.2 Objetivos**

- Informar o idoso, seus familiares e ou cuidadores sobre os riscos de quedas e como prevení-las no ambiente domiciliar.
- Capacitar a equipe saúde da família quanto à detecção de idosos que apresentem risco de sofrer quedas e como prevenir estas quedas..

- Estimular a participação de idosos nas atividades físicas, melhorando as suas condições e evitando as quedas.

Para cada nó crítico, pensou-se em um projeto específico, que juntos poderão dar resposta ao problema identificado e priorizado. O Quadro 1 mostra estes projetos.

**Quadro 1 - NÓS CRÍTICOS E AÇÕES/PROJETOS**

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>AÇÃO/PROJETO</b>
Falta de informação e desconhecimento por parte da família, cuidadores e idosos quanto aos riscos de quedas no ambiente domiciliar	<b>Prevenir é melhor que remediar</b> – orientar idosos, família e cuidadores quanto aos riscos de quedas em meio domiciliar
Falta de preparo da equipe saúde da família quanto à detecção de idosos que apresentem risco de sofrer quedas	<b>Estudar para aprimorar</b> – capacitar os profissionais de saúde da família para o manejo na detecção de idosos susceptíveis à queda
Sedentarismo dos idosos	<b>Terceira idade em ação</b> – modificar os hábitos de vida e estimular as práticas de atividades físicas de acordo com as limitações da população

### 6.3 Ações a serem desenvolvidas

O Quadro 2 apresenta as ações a serem desenvolvidas, os resultados esperados, os recursos necessários e os atores sociais.

### 6.4 Recursos críticos

Recursos críticos são aqueles necessários para o sucesso das ações (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) e estão especificados no Quadro 3.

**Quadro 3 – RECURSOS CRÍTICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES**

<b>AÇÃO/PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
<b>Prevenir é melhor que remediar</b>	Financeiros: material de papelaria e escritório, consultórios equipados
<b>Estudar para aprimorar</b>	Financeiros: matéria de papelaria e escritório, local para realização da educação continuada, adequado para receber os profissionais que serão capacitados. Organizacional: contratação de profissional especializado em geriatria para orientar na educação continuada.
<b>Terceira idade em ação</b>	Financeiros e organizacional: local e equipamentos para realização de atividades físicas.

**Quadro 2 – DESENHO DAS AÇÕES PARA OS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA**

<b>Projeto/ação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Atores Sociais</b>
<b>Prevenir é melhor que remediar</b>	Empoderamento de conhecimento da população alvo do projeto, mais familiares e cuidadores quanto a detecção, identificação e prevenção de quedas no meio domiciliar.	Orientação individual por meio de consultas com os profissionais; médico, enfermeiro e profissionais do NASF. Campanha educativa por meio de folders e cartilhas educativas, distribuídas durante VDS, consultas na unidade e outras atividades realizadas. Realização do grupo de convivência entre os usuários que possuem em seu domicílio idosos que já sofreram quedas ou correm riscos de sofrer.	Financeiros – produtos áudio visual, folhetos educativos e consultório equipados.	SMS,  Comunidade, equipe da ESF e NASF
<b>Estudar para aprimorar.</b>	Capacitação dos profissionais envolvidos com a prevenção de quedas. Atualização quanto aos principais fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Identificação dos idosos que caem com frequência “caidores” e que podem vir a sofrer novas quedas.	Educação continuada com os profissionais que irão participar das ações – enfermeiro, médico, ACS, técnico de enfermagem e profissionais do NASF. Criação e implantação de protocolos e também fluxogramas de atendimento contendo referência e contra referência	Financeiro – equipamentos áudio visual, folhetos educativos e espaço para realização da educação continuada Organizacional – profissionais com conhecimento na área de geriatria e outras áreas envolvidas com cuidados de idosos. Cognitivos – implantação de protocolos e treinamento para os profissionais envolvidos	SMS, equipe da ESF e NASF
<b>Terceira idade em ação</b>	Identificação, avaliação e monitoramento através do atendimento individual e em grupos individuais sedentários de idosos que apresentem riscos para quedas.	Realizar consultas individuais com os profissionais: médico e enfermeiro do ESF, educador físico do NASF, para detecção de usuários sedentários e quanto as atividades que podem ser realizadas.  Criação de grupos de atividades físicas	Financeiro – equipamentos áudio visual, folhetos educativos e consultório equipados.  Financeiro – local com equipamentos adequados para a prática de atividades físicas.	SMS, equipe da ESF e NASF

## 6.5 Viabilidade

Para Campos, Faria e Santos (2010), a análise da viabilidade é um passo importante em uma proposta. Neste sentido elaboramos o quadro a seguir.

**Quadro 4 – VIABILIDADE DA PROPOSTA**

PROJETO	RECURSOS CRITICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRITICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
<b>Prevenir é melhor que remediar</b>	Financeiros – material de papelaria e escritório, consultórios equipados	Secretária Municipal de Saúde de Caratinga	Favorável	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal -
<b>Estudar para aprimorar</b>	Financeiros – material de papelaria e escritório, local para realização da educação continuada. Organizacional – contratação de profissional especializado em geriatria para orientar na educação continuada	Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga	Desfavorável – poucos profissionais especializados na área de geriatria no município	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal
<b>Terceira idade em ação</b>	Financeiro – local e equipamentos para realização de atividades físicas	Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga	Favorável	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal.

## 6.6 Estratégias propostas

Para cada projeto foi definido uma ação estratégica e o seu responsável específico, o que pode ser visto no Quadro 5.

**Quadro 5 – AÇÕES ESTRATEGICAS**

<b>PROJETO/AÇÃO</b>	<b>AÇÕES ESTRATEGICAS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
<b>Prevenir é melhor que remediar</b>	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal	Enfermeira
<b>Estudar para aprimorar</b>	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal	Enfermeira e equipe NASF
<b>Terceira idade em ação</b>	Apresentação do projeto ao secretário de saúde municipal	Educador Físico NASF

### 6.7 Cronograma

O Quadro 6 apresenta o cronograma das ações a serem desenvolvidas.

**Quadro 6 – CRONOGRAMA DAS AÇÕES**

<b>PROJETO/AÇÃO</b>	<b>PRAZO</b>
<b>Prevenir é melhor que remediar</b>	1 mês para levantamento da população alvo do projeto. 3 meses para planejamento e apresentação do projeto para os responsáveis. 6 meses para início das atividades.
<b>Estudar para aprimorar</b>	1 mês para confecção de apostilas, protocolos e fluxogramas. 3 meses para início das atividades.
<b>Terceira idade em ação</b>	1 mês para levantamento da população alvo do projeto. 3 meses para planejamento e apresentação do projeto para os responsáveis. 6 meses para início das atividades.

### 6.8 Gestão, acompanhamento e avaliação

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que o sucesso da implantação de um plano ou proposta de intervenção depende essencialmente de como será gerenciado.

Neste sentido, o acompanhamento desta proposta será realizado através de indicadores, onde os dados serão coletados através do atendimento individual, durante os grupos operativos e visitas domiciliares. A cada seis meses estes dados serão confrontados para avaliar se as ações estão atingindo os objetivos propostos. Para isto criou-se um instrumento inicial, que pode ser visto no Quadro 7.

**Quadro 7 – PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA PROPOSTA**

INDICADORES	MOMENTO ATUAL		EM SEIS MESES		EM 1 ANO	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total da população acima de 60 anos adscrita na equipe Santa Zita II	454	16,89				
Número de idosos com risco para sofrerem quedas	0	0				
Número de idosos que já sofreram quedas	0	0				
Número de idosos hospitalizados devido à quedas	0	0				
Número de idosos restritos ao leito ou dificuldade para movimentação após sofrer queda	0	0				

## 7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Promover o envelhecimento saudável do ser humano dentro do seu ambiente domiciliar e com capacidade funcional preservada é um dos grandes desafios da ESF. Sendo a queda uma ocorrência multifatorial de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, a abordagem multidisciplinar se faz necessário, para que seja fornecida à população idosa, uma assistência contínua, integral e eficaz. Medidas preventivas adequadas devem ser implantadas e implementadas, de forma a identificar e prevenir os riscos de quedas para os idosos, incluindo os fatores intrínsecos e os extrínsecos, desenvolvendo ações para reduzir a ocorrência de quedas e suas consequências.

Desta forma espera-se que com a implantação da proposta de intervenção seja possível diminuir o número de quedas entre a população idosa, mas também suas consequências, como restrição ao leito, imobilidade, isolamento social e até mesmo a morte. Com ações planejadas, espera-se possibilitar uma melhor qualidade de vida ao idoso, promovendo sua segurança para deambular, proporcionando-lhe liberdade de ir e vir, sem medo de cair, enfim ser mais feliz.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro: ANS, 2011. 80 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_modelagem\\_programas\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_modelagem_programas_promocao_saude.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica.

BUKSMAN, S.; VILELA, A. L. S.; PEREIRA, S. P. M.; LINO, V.S. Quedas em idosos: prevenção. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Ano 2008. Disponível em <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf)> Acesso em 10 de junho de 2013.

CADETE, M. M.; ARAÚJO, M. R. N.; CORRÊA, E.C. **Observações para a elaboração de TCC**. Projeto de intervenção na área da saúde. NESCON. 2013.

CARVALHO, E.M.R.; GARCES, J.R.; MENEZES, R. L.; SILVA, E.C.F. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. v.13, n.1, p7-16, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v13n1/v13n1a02.pdf>

CHAIMOWICZ, F et al. **Saúde do idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 182p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4000.pdf>

FERREIRA, D. C. O. **Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados**. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010, novembro – dezembro, 63 [6] p. 991 - 997

FLORIANOPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: SMS/MG, 2011. p. 32 - 36

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006. 186p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES/SP, 2010, 88p.

SIAB, 2012 – Sistema de Informação da Atenção Básica – Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUME, E. **Prevalência de quedas em idosos e fatores associados**. **Rev. Saúde Pública**. 2007, 41[5], p. 749 – 56.