

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

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA
PREVENÇÃO DE QUEDAS**

VANILDA ALVES DE CARVALHO

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2012

VANILDA ALVES DE CARVALHO

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA
PREVENÇÃO DE QUEDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro.

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2012

VANILDA ALVES DE CARVALHO

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA
PREVENÇÃO DE QUEDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro - Orientador

Prof^a. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Lagoa Santa 27/10 /2012

Dedico este trabalho ao meu esposo Pingo, às minhas filhas Amanda e Ana Clara, amores incondicionais, e ao meu pai, exemplo de vida e superação mediante amadurecimento digno e que também foi o motivador da escolha do meu tema.

Agradeço a Deus, aos meus tutores Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro, Prof^a. Eulita Maria Barcelos, aos meus mestres e orientadores pelos conhecimentos e experiência adquiridos, e a todos que direta ou indiretamente participaram de mais uma etapa conquistada na minha vida.

“A única revolução possível é dentro de nós: Não é possível libertar um povo, sem antes, livrar-se da escravidão de si mesmo. Sem esta, qualquer outra será insignificante, efêmera e ilusória, quando não um retrocesso.

Cada pessoa tem sua caminhada própria. Faça o melhor que puder. Seja o melhor que puder. O resultado virá na mesma proporção de seu esforço. Compreenda que, se não veio, cumpra a você (a mim e a todos) modificar suas (nossas) técnicas, visões, verdades, etc. Nossa caminhada somente termina no túmulo. Ou até mesmo além... Segue a essência de quem teve sucesso em vencer um império”...

RESUMO

O presente estudo buscou por meio de levantamentos bibliográficos conhecer a importância da prevenção de quedas nos idosos. A realização deste trabalho é relevante, pois se trata de um problema constante nos serviços da atenção primária. Foi observado que alguns idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde, no município de Betim, são vítimas de quedas. A enfermeira e sua equipe devem avaliar os fatores intrínsecos e extrínsecos concomitantes, os quais podem ser considerados propiciadores de quedas no domicílio desse paciente. Diante do resultado da avaliação do estado de saúde do idoso e do ambiente domiciliar, o próprio idoso, familiar e cuidador devem receber instruções de intervenção ambiental e cuidados assistenciais referenciados pela Equipe da Unidade de Saúde da Saúde da Família Paulo Camilo (USFPC).

Elaborou-se uma proposta de um plano de intervenção para prevenir as quedas nos idosos, o qual foi implantado na Unidade Básica de Saúde. Após 06 meses do início de sua implantação, será avaliado e procurar-se-á levantar os fatores facilitadores e dificultadores no seu desenvolvimento, verificando se a frequência das quedas diminuiu.

Espera-se estabelecer ações e estratégias individuais e/ou familiares para a diminuição do risco de quedas, tornando-se necessário implantar medidas socioeducativas, informativas e de adoção de cuidados e planos de intervenção.

Palavras chave: Idosos. Quedas. Prevenções. Cuidado. Planos de intervenção.

ABSTRACT

The present study sought through bibliographic surveys know importance of preventing falls. This work is important, because this is a constant problem in primary care services. It was observed that some elderly spanning of area health unit in the municipality of Betim are victims of falls. The nurse and his team must evaluate the intrinsic and extrinsic concomitant factors that can be considered beneficial for falls in the elderly home. Before the result of the evaluation of the health status of the elderly and the home environment, the very elderly, family and caregiver should receive instructions from environmental intervention and assistive care referenced by drive Team of family health health Callaghan (USFPC). Was drawn up a proposal for a plan of action for the prevention of falls in the elderly to be deployed in the basic health unit after 06 months from the start of their deployment will be evaluated where to look to raise the factors and facilitators in their development process and verify that the frequency of crashes lessened. It is expected to establish actions and individual strategies and/or family to decrease the risk of falls. Making it necessary to deploy socio educational and informational and adoption of care and intervention plans.

Keywords: elderly. Falls. Preventions. Care. Contingency plans.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICO

Quadro 1 Distribuição da população idosa na USFPC, Betim- MG- 2012.....	12
Gráfico 1 Distribuição de idosos na população brasileira de 1940 a 2000 previsão para 2025.....	16
Quadro 2 Proposta de plano de Intervenção na prevenção de quedas no idoso 2012.....	22

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	11
2JUSTIFICATIVA.....	12
3OBJETIVO.....	13
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1 Envelhecimento Populacional.....	14
5.2 Quedas em idosos: suas causas, fatores de riscos e suas consequências.....	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
6.1 Operacionalizações do plano de intervenção.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS.....	32

1- INTRODUÇÃO

No contexto do envelhecimento populacional, a população idosa brasileira vem aumentando gradativamente de um modo rápido, o que se atribui a uma maior expectativa de vida, provavelmente em consequência de um melhor controle de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas. Este aumento resulta na necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida (FRANCHI *et al.*, 2005).

Segundo Matsudo (2001), o aumento populacional é um reflexo das melhorias das condições nutricionais, ambientais, de trabalho, de saneamento, de moradia, além do controle das doenças infectocontagiosas, que fizeram com que a expectativa de vida da população aumentasse.

Em 2020, a expectativa de vida ao nascer será de 75.5 anos e a população idosa corresponderá a 7.7% da população total, ou seja, 16.2 milhões (COUTINHO, 2002).

O Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais (CHAIMOWICZ, 1997).

O grande crescimento da população idosa no Brasil desperta a atenção para a saúde desse grupo, que além de apresentar características de prevalência de doenças crônicas, tem o risco de queda.

A queda faz parte de um grupo de problemas comuns aos idosos, junto com a iatrogenia, a incontinência urinária, as doenças neuropsiquiátricas e a síndrome de imobilidade. São denominados os “cinco gigantes da geriatria”. Têm a etiologia multifatorial e necessitam de abordagem de uma equipe interdisciplinar (MORAES, 2006).

Os serviços de saúde não devem esperar para atuar paliativamente quanto à prevenção de quedas na terceira idade, podem e devem agir ativamente identificando os grupos alvos, estabelecendo medidas de saúde preventiva e contribuindo para uma mudança de paradigma no trato do idoso.

No quadro 1 encontram-se informações a cerca do levantamento estatístico do grupo alvo e a distribuição dos pacientes idosos no que tange à idade e sexo, na área de abrangência da USFPC do Município de Betim– MG.

QUADRO 1 – Distribuição da população idosa na USFPC, Betim- MG-2012.

Faixa Etária	População total	Masculino	Feminino
60 a 79 anos	214	102	112
Maior de 80 anos	30	11	19
Total	244	113	131

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Betim- MG.

Foram identificados 244 idosos com 60 anos ou mais. Quanto ao gênero, 113 são do sexo masculino e 131 do sexo feminino.

Todas essas pessoas idosas são atendidas no USFPC, por uma equipe multiprofissional, que possui conhecimento da realidade, das características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas desses idosos.

Entre as condições que podem agravar os problemas de saúde e de vida do idoso tem se destacado as quedas. Elas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas na faixa etária de 60 anos e mais (MARIN, *et al.*, 2007). Este fato pode representar um alto custo socioeconômico em decorrência das lesões físicas agudas, das possíveis fraturas e do risco de morte (MACEDO, *et al.*, 2005).

A elevada incidência de quedas em idosos é um dos indicadores desta tendência observada na velhice. Deve ser analisada como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos, que caem com frequência, mesmo se excluindo os óbitos causados pelo trauma (MINAS GERAIS, 2006).

2- JUSTIFICATIVA

Apesar do reconhecimento de que as quedas têm prevalência crescente em uma população idosa, pouco se observa quanto a uma atitude de saúde pública para minimizar esses eventos.

É constatado que a queda causa sérias consequências, mesmo na ausência de fraturas, pois pode trazer outros traumas para o idoso como o imobilismo pelo medo de cair novamente, insegurança, distúrbio de marcha provocado pelo receio

de cair, abandono da vida social, pois dependem de um acompanhante para sair de casa. Por ficar muito tempo acamado ou sentado, acontece atrofia muscular, redução da amplitude de movimentos e por fim surge a tão temida depressão proveniente dessa limitação. Diante desse fato, ocorre um aumento da preocupação, conseqüentemente uma sobrecarga para familiares do idoso, além dos cuidados que devem ser prestados.

O enfermeiro é um importante profissional, principalmente, na atenção básica, pois participa efetivamente na promoção, prevenção, reabilitação e controle de doenças, junto com sua equipe.

A implantação de um programa multidisciplinar proporcionará uma nova estratégia para prevenir e minimizar as quedas, proporcionando também menos despesas e melhor qualidade de vida para o idoso e seus familiares. Diante dessa exposição, houve a necessidade de elaborar um plano de intervenção, o qual apresentarei no decorrer do trabalho.

3- OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para diminuir e evitar as quedas em idosos usuários da USFPC, Betim– MG.

4- METODOLOGIA

Optou-se por realizar um estudo de revisão narrativa da literatura, uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto. Para Rother (2007. SP) a revisão narrativa “são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.”

A pesquisa bibliográfica é definida por Lakatos e Marconi (2001, p.43), como “um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”.

Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e sobre a prevenção de quedas em

idosos. Os descritores utilizados foram: idosos, quedas, prevenções, cuidado, planos de intervenção.

Foram utilizados critérios para a seleção dos artigos científicos: artigos publicados em português em periódicos nacionais; que abordassem a temática proposta no estudo, independente do método de pesquisa utilizado, com a finalidade de obter dados mais recentes da literatura.

Em seguida, foram realizadas leituras exploratórias, com a finalidade de verificar a importância do artigo para a elaboração do trabalho. Posteriormente, deu-se a leitura analítica, com o objetivo de examinar sistematicamente os elementos que compõem o texto, bem como extrair as ideias do autor, e compreender como o todo foi organizado. Finalmente, realizou-se a leitura interpretativa com o objetivo de tomar posição própria a respeito das ideias enunciadas pelos autores.

A partir desta etapa, elaborou-se a revisão da literatura e posteriormente, subsidiou-se a elaboração do plano de intervenção sobre prevenção de quedas. Utilizou-se como estratégia de ação a abordagem aos idosos e familiares e/ou cuidadores através dos grupos de educação continuada e grupos operativos, realizados na comunidade de abrangência.

5- REVISÃO DE LITERATURA.

A revisão da literatura foi elaborada a partir do contexto geral do processo de envelhecimento, abordando a epidemiologia e focando nas quedas: causas, fatores de riscos e suas consequências.

5.1 Envelhecimento Populacional

Os seres humanos, as plantas, os animais, todos passam por um ciclo vital comum, pois nascem, crescem, envelhecem e morrem. Por conseguinte, deduz-se que o processo de envelhecimento é inerente a todos os seres vivos, de forma que chegar à velhice é uma vitória para aqueles que conseguem ultrapassar os atropelos enfrentados na vida (JARDIM *et al.*, 2007).

As pessoas envelhecem de forma diferenciada, pois sofrem influências de diversos fatores, principalmente, genéticos e ambientais, incluindo-se também o estilo de vida que cada uma leva (ALMEIDA. 2002).

O processo de envelhecer é como uma etapa gradual, universal e irreversível, provocando um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas o qual pode determinar a perda progressiva da capacidade funcional do idoso e dificultar a adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Envolvendo assim um somatório de fatores, enfatizando os fatores sociais, psíquicos e ambientais (NAHAS 2006 e FERREIRA *et al.*2010).

Durante o processo de envelhecimento, os idosos desenvolvem algumas incapacidades funcionais e podem ser acometidos por diversas patologias, aumentando, assim o risco de quedas (LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003).

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, (BRASIL, 2006), no período de 1950 a 2025, o grupo de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total, em cinco. Logo, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas idosas.

A longevidade se deve aos avanços tecnológicos ocorridos na área da saúde (BANDEIRA; PIMENTA e SOUZA. 2007), mas também existem outros fatores que contribuíram para o aumento da expectativa de vida, tais como: a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações.

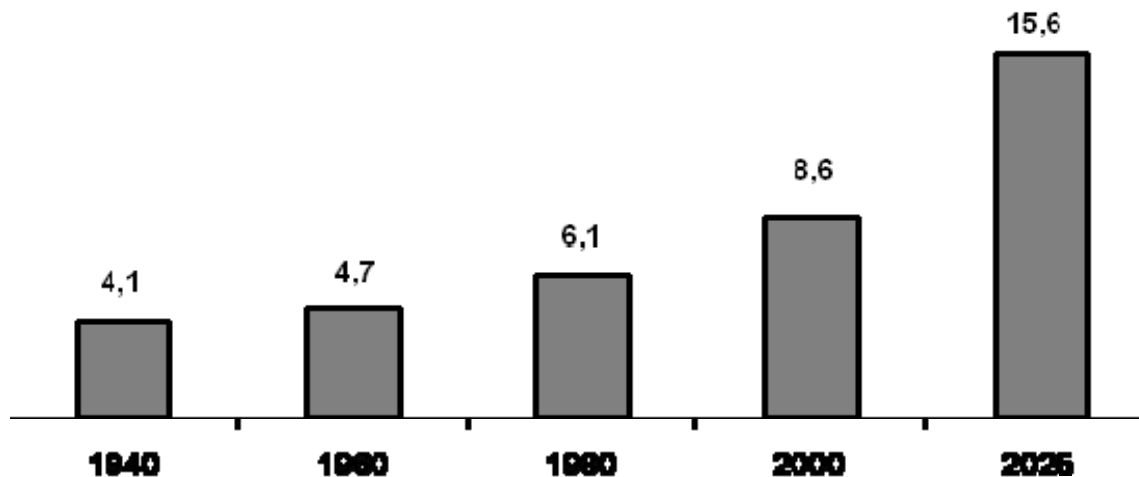
A queda da taxa de fecundidade, a partir de 1970 causou redução da proporção de crianças na pirâmide populacional, com conseqüente aumento proporcional da população de adultos e idosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). As melhores condições de vida, juntamente com a queda da natalidade são responsáveis pelo expressivo crescimento dessa população que apresenta maior vulnerabilidade, evidenciado por um aumento da prevalência de agravos e incapacidades (NASCIMENTO *et al.*, 2008). E também por uma maior probabilidade de quedas, devido à instabilidade postural e outros fatores internos e externos.

Atualmente, o Brasil passa por um momento de transição demográfica em decorrência do aumento progressivo da população idosa (NASCIMENTO *et al.*, 2008). Epidemiologicamente, não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7%, com tendência a crescer (COSTA, 2003).

De acordo com as projeções da OMS, entre 1940 e 2025, a população de

idosos no país crescerá quase dezesseis vezes contra cinco vezes a população total, o que nos colocará, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo (KELLER et al., 2002, p. 1513-1520).

GRÁFICO 1 – Distribuição de idosos na população brasileira de 1940 a 2000 previsão para 2025.



Fonte: IBGE, 2002

Observa-se no gráfico apresentado que nas duas primeiras colunas, em 20 anos o aumento não foi muito significativo, apenas 0,6%. Nas próximas duas, de 6.1 cresceu para 8.6. A seguir, percebe-se um aumento significativo de 2000 para 2025. E a partir dessa década, espera-se que quase dobre o percentual do crescimento da população idosa brasileira.

Em decorrência da população brasileira que está envelhecendo rapidamente ocorreu a transição demográfica, que significa que um país considerado de jovens, está transformando-se em um país de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, no qual há também uma mudança de uma situação de mortalidade e natalidade elevada, para um índice de mortalidade e natalidade mais baixo, uma maior expectativa de vida e mudanças das doenças para doenças crônicas degenerativas, (transição epidemiológica).

Com essas mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, os profissionais de saúde devem estar cada dia mais preparados para enfrentar essas mudanças identificadas no padrão de morbimortalidade atual. Dessa forma, torna-se necessário investir em programas, ações e políticas específicas para

a saúde do idoso, além da qualificação multiprofissional e melhoria da prestação de serviço, a fim de proporcionar uma assistência adequada e digna a essa população (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Este fato traz implicações para os serviços de saúde pelo aumento da demanda de pessoas que apresentam uma maior prevalência de doenças e incapacidades. A utilização dos serviços de saúde gera grande custo, visto que o tratamento de doenças é por tempo prolongado, as intervenções e as reinternações hospitalares são frequentes e de elevado custo, e envolvem tecnologia complexa para um cuidado adequado (VIRTUOSO, 2012).

Sendo assim, a análise do evento de queda se evidencia de grande importância, já que acomete grande número de idosos e gera consequências graves a eles, e conseqüentemente ônus para o Sistema de Saúde. Independente da gravidade da lesão pós-queda, o idoso pode ter sequelas devastadoras, levando-o à incapacidade, injúria e até mesmo à morte. Desta forma, os profissionais de saúde precisam compreender as dificuldades do idoso sob o ponto de vista psicossocial, sendo que nesta etapa da vida há uma redução de energia vital e também do processo de enfraquecimento das funções, sejam elas de origem natural ou patológica (SILVA, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2003).

5.2 Quedas em idosos: suas causas, fatores de riscos e suas consequências.

Com o processo de envelhecimento, as modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais acontecem e determinam a redução gradativa da força muscular a qual reduz a capacidade de realizar as atividades diárias e se relaciona com a estabilidade postural. Esta diminuição da força aumenta episódios de queda (BAUMGARTNER *et al.*, 1998, citado por PEREIRA *et al.*, 2008). O organismo torna-se mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas. Ao longo da vida estas modificações serão acentuadas em decorrência da diminuição progressiva da capacidade funcional e das condições de vida do idoso. A presença de uma doença, ausência de autonomia, fatores culturais, socioeconômicos e estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável (RAMOS. 2005).

Queda é uma ação não intencional a qual leva o indivíduo a uma mudança inesperada de posição para um nível mais baixo à sua posição anterior, ou seja, um episódio que leva o indivíduo ao chão, decorrente da perda total do equilíbrio postural, seja por fatores intrínsecos ou extrínsecos. “Está relacionada à insuficiência dos mecanismos envolvidos na manutenção da postura” (FABRÍCIO, RODRIGUES e COSTA JÚNIOR 2004, p.2; SIQUEIRA *et al.*, 2007).

As quedas têm merecido destaque entre as condições que podem agravar os problemas de saúde e de vida das pessoas idosas, comprometendo a sua independência e autonomia e conseqüentemente sua qualidade de vida. Elas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos (MARIN, *et al.*, 2007). Representam, também, um alto custo sócio econômico em decorrência das lesões físicas agudas, das possíveis fraturas e do risco de morte (MACEDO, *et al.*, 2005).

O número elevado de ocorrências de quedas em idosos são um dos indicadores desta tendência observados na velhice. Podem ser vista como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos que caem com frequência, mesmo se excluindo os óbitos causados pelo trauma (MINAS GERAIS, 2006).

Estudos realizados em diversos países e no Brasil demonstram que a cada ano um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda.(CHAIMOWICZ, *Flávio*).

A importância da gravidade decorrente das quedas reside em suas conseqüências. Aproximadamente, 3 a 5% das quedas originam ferimentos graves, como lesões corto contusas, hematomas e fraturas (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A etiologia das quedas é multifatorial e na maioria das vezes causada pela interação cumulativa de fatores intrínsecos que estão diretamente ligados ao próprio envelhecimento: as doenças e a debilidade funcional, além dos fatores extrínsecos que são fatores comportamentais e riscos ambientais (PERRACINI, 2000).

Em relação às quedas na terceira idade, existem fatores que interferem na capacidade funcional do idoso e as conseqüências da queda serão de um simples receio de outra queda até àquelas decorrentes de fraturas graves, como do fêmur proximal (Marin *et al.* 2004. p.560). “as conseqüências das quedas podem ser classificadas desde leves (lacerações sem suturas), moderadas (lacerações com suturas) até graves (fraturas), podendo levar à incapacidade severa ou até à morte”.

Quanto aos fatores de risco, seja ao sentar na cadeira, levantar da cama,

tropeçar no corredor ou descer do ônibus, a importância das quedas reside nas suas consequências. Aproximadamente 3 a 5% das quedas originam ferimentos graves, com lesões cortas contusas, hematomas e fraturas. Embora a fratura proximal do fêmur seja a mais temida, por sua elevada letalidade, as quedas podem provocar efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos, mesmo que não tenham ocorrido fraturas (CHAIMOWICZ, Flávio).

Existem vários fatores que propiciam a queda. Eles podem ser divididos em intrínsecos, os que se relacionam com o indivíduo, e extrínsecos, ambientais, os que se relacionam ao meio em que o idoso vive.

São apresentados abaixo, os fatores extrínsecos e intrínsecos que podem propiciar quedas no ambiente domiciliar (PEREIRA, 2001.p).

Fatores intrínsecos :

- Baixa Acuidade Visual (redução da percepção de distância, altura e iluminação).
- Diminuição da audição.
- Distúrbios vestibulares, vertigem posicional, labirintite.
- Diminuição das informações sobre a base de sustentação.
- Neuropatia periférica.
- Degenerações da coluna cervical.
- Posição postural arqueada.
- Hipotensão postural.
- Distúrbios de marcha.
- Atrofia musculoesqueléticos e articulares com lentidão dos movimentos.
- Fraqueza muscular.
- Úlcera venosa e pé diabético.
- Sedentarismo, senilidade.
- Efeitos adversos dos medicamentos.

O aprimoramento da farmacoterapia depende da atuação no campo da prescrição e da investigação científica. A farmacologia para os idosos tem peculiaridades, pois com a idade diminuem a massa muscular e a água corporal. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal podem ficar comprometidos. Disso decorre a

dificuldade de eliminação de metabólitos, o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e a produção de reações adversas (ROZENFELD, S RIO DE JANEIRO, 2003).

Há a tendência de evitar uso de benzodiazepínicos em idoso, pelo prejuízo cognitivo, risco de quedas e efeito paradoxal, e pelo potencial de dependência. Quando indispensáveis, utilizá-los por curtos períodos e em baixas dosagens, evitando o uso em pacientes demenciados (BOTTINO, 1999).

Os medicamentos tais como os ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes, anti-inflamatórios não hormonais, polifarmácia, incluindo a sedação e o uso de álcool, são fatores que podem potencializar o evento de quedas no idoso (PEREIRA *et al.* 2008; BRASIL.2007); REBELATTO, CASTRO e CHAN 2007).

Fatores extrínsecos.

Os problemas do ambiente que oferecem risco são as situações que propiciem escorregar, tropeçar, pisar em falso e trombar em objetos. Os idosos, na maioria das vezes, caem por praticarem atividades domiciliares rotineiras (FABRÍCIO, RODRIGUES e COSTA JÚNIOR .2004).

Dentre os fatores extrínsecos encontramos:

- Tapetes soltos ou com dobras, calçadas quebradas, buracos nas ruas e lixo em locais inadequados.
- Muitos degraus, piso solto, escorregadio e liso, Iluminação inadequada.
- Muitos móveis aglomerados com quinas, baixos e sem necessidade.
- Roupas e sapatos grandes e desconfortáveis.
- Piso e vaso sanitário de banheiros sem proteção adequada, sem corrimão.
- Calçados e roupas inadequados.
- Cama muito alta e sem proteção, quina de móveis.
- Animais que transitam pela casa
- Coisas espalhadas pela casa (brinquedos e outras)

As consequências físicas da queda em um idoso podem levá-lo a uma dependência que na maioria das vezes não existia. A “Síndrome do medo pós-queda” tão comum após um episódio de queda leva à dependência de familiares, portando das AVDS devido às inseguranças causadas pelo receio de cair novamente. As consequências sociais também podem ser destacadas, já que a necessidade da pessoa idosa muitas vezes exige um cuidador, que na maioria das vezes pode ser um familiar que para isso abandona suas atividades diminuindo a renda da casa. Logo vêm as dificuldades econômicas no núcleo familiar, onde na maioria das vezes, esse idoso até colaborava com as finanças da casa. Com isso, o idoso abandona o convívio social, resultando assim a depressão e o isolamento social.

Para a Saúde Pública, em geral, as consequências provocadas por um idoso que se tornou dependente são várias, dentre elas podem-se citar: o idoso exigirá mais cuidados, aumentará a procura pela Unidade de Saúde, aumentará o número de internações, aumentarão os atendimentos emergenciais, a Unidade precisará de mais profissionais disponíveis, como também maior tempo no atendimento, o que, certamente, gerará mais custos para o município.

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de elaboração de um plano de intervenção para prevenir as quedas foi elaborada a partir da revisão da literatura e discussão com a equipe.

A prática profissional pode ser desenvolvida a partir do diagnóstico feito pela equipe que buscará identificar no ambiente domiciliar do idoso suas deficiências e os fatores que predispõe a segurança do idoso em risco, bem como o estado de saúde dele. Esse diagnóstico será muito importante para a equipe, uma vez que se deve pensar posteriormente, em como orientar a família, o cuidador e o próprio idoso. Deve-se, também, considerar as condições socioeconômicas, culturais e o estilo de vida do paciente.

A equipe poderá planejar, programar, avaliar e executar posteriores ações relativas ao ambiente domiciliar, abrangendo as adaptações e orientações à família, ao cuidador e ao próprio idoso.

Nessa avaliação, o profissional de saúde não pode se esquecer de que mesmo na presença de um fator ambiental, um fator intrínseco pode em última instância

provocar uma queda associada a um fator extrínseco, o que mostra a íntima relação entre os dois fatores no momento da avaliação do domicílio do idoso.

Inicialmente, em reunião com a equipe discutiu-se a elaboração do plano de intervenção para prevenir as quedas e suas etapas. Em consenso decidiu-se elaborar um plano que intervisse na prevenção de quedas nos idosos.

A proposição de uma atitude interdisciplinar visa a orientar a adaptação do meio em que o idoso vive, para se evitar acidentes e, orientar quanto à medicação, além montar uma estratégia no caso de analfabetos e promover atividades para se evitar dependência, imobilidade e restrição ao leito (BRASIL, 2006).

Acredita-se que este estudo contribuirá para a prevenção de quedas e as possíveis sequelas. Faz-se necessário propor uma ação interdisciplinar no intuito de uma reorganização do ambiente do idoso, para diminuir as quedas.

A realização deste trabalho é relevante, pois se trata de um problema constante nos serviços da atenção primária.

QUADRO 2 - Proposta de plano de Intervenção na prevenção de quedas no idoso – 2012.

OPERAÇÃO PROJETO	PRODUTOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Reunião para o planejamento do plano de intervenção	Informar a equipe sobre a necessidade da elaboração de um plano de intervenção de prevenção de quedas em idosos. Discutir as etapas do plano	Efetivar a participação dos membros da equipe nas atividades.	Marcar reunião semanal para a elaboração do plano de intervenção Elaborar o plano de intervenção com divisão das tarefas	Enfermeiro e Médico	6ª feira de 09 às 11 horas (6 Meses)
Sensibilizar a ESF sobre a importância das atividades de promoção a saúde.	Preparar o treinamento dos profissionais.	Levantar os temas para serem estudados e discutidos com a equipe	Cognitivo: conhecimento do tema e busca de parcerias na comunidade.	Enfermeiro	6ª feira de 13 às 15 horas (06 meses)

	<p>Capacitação dos profissionais para a proposição e realização de atividades junto aos idosos, família e cuidadores.</p> <p>Avaliação do nível de informação sobre quedas, Fatores de risco e consequências para o idoso e família.</p> <p>Avaliação do nível de satisfação profissional</p>	<p>Efetivar a participação de funcionários no treinamento</p> <p>Permitir maior divulgação das informações aos funcionários.</p> <p>Valorização do profissional.</p>	<p>Organizacional: articulação com os profissionais, verificação dos trabalhadores com perfil e vontade de trabalhar com os idosos, avaliação do nível de satisfação profissional,</p> <p>Capacitar os profissionais para melhorar a eficácia e destreza para ministrar palestras e exercer ações educativas.</p>	<p>Enfermeiro e médico</p>	
Visita domiciliar	<p>Avaliação dos fatores extrínsecos ambientais</p> <p>Avaliação do idoso (fatores intrínsecos)</p>	<p>Efetivar a participação do idoso, família e cuidador.</p> <p>Avaliar o estado de saúde do idoso</p>	<p>Discutir os fatores que predispõe as quedas.</p> <p>Sugerir mudanças ambientais</p> <p>Orientar o idoso, família e cuidador os cuidados para prevenir as quedas e como proceder caso ocorra queda.</p> <p>Proceder aos procedimentos necessários e orientações</p>	<p>Enfermeiro e ACS</p> <p>Médico e enfermeiro</p>	<p>Segunda à quinta-feira</p> <p>9:00 às 11:00 horas</p>
Formação do grupo operativo denominado “Melhor Idade”.	<p>Hábitos e estilos de vida</p> <p>Reorganização do ambiente familiar.</p>	<p>Diminuir e evitar quedas e sequelas</p>	<p>Mudar hábitos de vida para ter mais saúde, Comunidade mais informada.</p>	<p>Enfermeiro, Médico, técnico e ACS’s.</p>	<p>(6 meses)</p> <p>Reuniões semanais</p>
Reuniões quinzenais com familiares/ e cuidadores	<p>Conscientizar a família e cuidadores quanto à singularidade referente ao idoso. Conscientização da família quanto ao risco de quedas. Proposta de intervenção no ambiente que o idoso vive,</p>	<p>Melhor qualidade de vida para o idoso, adaptação do meio em que vive. Conscientização das singularidades</p>	<p>Orientar mudanças ambientais, cuidados gerais com o idoso, fatores associados a quedas, Estabelecer cuidados com os cuidadores, boa postura. Alongamentos.</p>	<p>Enfermeiro e médico</p>	<p>(6 meses)</p>

adaptando-o às suas limitações.					
Atividade de pesquisa e de reunião com idosos e acompanhantes.	Apresentar projeto de estruturação, mostrar plano de intervenção, Amostra da realização das atividades.	Oportunidade de mudanças e melhorias na unidade. Oportunidade a população de saber mais.			Sexta-Feira 14:00 às 16:00 horas
Organização das informações	Estruturação e montagem do plano de intervenção	Pesquisa. Capacitação dos funcionários, Campanha educativa.	Conhecimento e busca de parcerias na comunidade		Sexta-Feira 16: 00 as 17:00 hs
Ausência de recursos materiais e profissionais qualificados	Realizar relatório para o gestor Municipal e propor parceria para execução do plano.	Disponer de recursos materiais e humanos para efetivação do plano de ação.	Propor parcerias com as famílias para a efetivação do plano	Enfermeiro Médico Gestor de saúde,	
Desenvolvimento prático do plano de intervenção.	Acompanhar o desenvolvimento do plano de intervenção e discutir na equipe			Equipe de saúde	
Avaliação do plano	Avaliar o desenvolvimento do plano e apontar os fatores facilitadores e dificultadores no seu desenvolvimento.			Equipe de saúde	

6.1 Operacionalizações do plano de intervenção

Todas as atividades previstas no item OPERAÇÃO/ PROJETO serão seguidas na íntegra.

Todos os idosos da área de abrangência da USFPC já foram identificados e cadastrados e serão acompanhados pela equipe de saúde. Dentro do plano de intervenção, pretende-se realizar uma visita domiciliar pelo ACS e pelo enfermeiro, para avaliar os fatores de riscos ambientais. Esses pacientes serão avaliados

individualmente, e serão estabelecidos diagnósticos individuais a partir da funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, aplicar-se-á o protocolo de Katz, (Desenvolvimento das Atividades de Vida Diária - AVD). (Katz 1989; 37(3): 267-71).

A avaliação dos idosos, quanto ao desempenho funcional, compreende-se em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolve aquelas relacionadas ao auto-cuidado como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações (Wilkins, 2001; PAVARINI, 2000)

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) - que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade em que vive , inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar de casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (Wilkins, 2001; PAVARINI, 2000).

O médico irá estratificar os graus de risco de quedas. Após a consulta médica, os idosos receberão um questionário de avaliação de risco de quedas, o qual deverá ser preenchido com a ajuda da auxiliar de enfermagem ou enfermeiro. Este questionário contempla identificação da mobilidade do idoso e se houve quedas. Havendo quedas, pesquisar-se-á quais as características e as conseqüências dessas. (SIRENA, 2004, cap. 60, p. 576-585).

A partir da avaliação anterior, o idoso será inserido em um programa de adaptação ao ambiente e de cuidados. Serão realizadas consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento de todos os idosos de risco habitual e de alto risco para quedas, serão também realizadas ações educativas para todos os idosos do Grupo Melhor Idade e individualmente. Os familiares e cuidadores serão contemplados com as ações educativas nas reuniões que serão previamente agendadas.

Em relação à distribuição de tarefas entre os profissionais de saúde ficou estabelecido que o médico fosse o responsável pelo acompanhamento clínico dos pacientes, o enfermeiro se responsabilize pela implantação do programa, coordenação e avaliação do plano de intervenção, os agentes comunitários de Saúde continuem em suas micro áreas, realizando as visitas domiciliares, avaliando sempre os fatores de riscos domiciliares, monitorando o idoso, a família e o cuidador, conferindo o cumprimento das informações recebidas; o auxiliar de enfermagem ajude a enfermeira na aplicação dos questionários, o auxiliar administrativo seja designado para a formatação dos dados e a preparação do

material para o treinamento e a auxiliar de higienização, coube-lhe, operacionalmente, a preparação dos ambientes para os treinamentos e grupos.

O plano deverá ter uma duração de seis meses, sendo ministrado uma vez por semana, com duração de duas horas, nos espaços públicos, conforme as parcerias com a comunidade.

Pedagogicamente, a equipe estabelecerá as estratégias de ensino para abordagem do idoso, para a família e cuidadores, com ações de saúde, grupos de educação continuada e grupos operativos realizados na UBSFPC. As ações educativas que buscam a promoção de hábitos de vida e práticas saudáveis com idosos deverão considerar experiências já vivenciadas, estimular a reflexão, instigar a participação ativa por meio de encontros e espaços que favoreçam a vinculação afetiva e valorizem os seus saberes.

Quanto aos materiais de consumo, dois pacotes de 500 folhas Papel A4, cinco unidades de cartazes educativos, explicando o Plano de Intervenção, serão solicitados à gerência, os materiais permanentes serão utilizados e os disponíveis na unidade, como o computador, cartucho e projetor, também.

Ao término de 06 meses, como está previsto o plano de intervenção, terá uma avaliação final, pois serão feitas avaliações parciais no decorrer do mesmo pela equipe.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quedas é um importante problema de saúde pública, relevante para a USFPC, devido ao aumento de idosos portadores de doenças crônicas degenerativas e com risco de quedas, aumentando o índice de procura na Unidade de Saúde da Família, nas urgências, e a um grande número de internações.

Na revisão da literatura foi demonstrado que o Brasil acompanha a tendência mundial e que está em processo de envelhecimento, já que conta hoje com cerca de 17,6 milhões de idosos. As quedas podem ser consideradas um problema de saúde pública na comunidade. Com o envelhecimento populacional, passou a ter lugar de destaque entre as causas de internações, mortalidade e incapacidades nos idosos.

Evidenciou-se também, que cerca de um terço dos idosos sofrem quedas no ano e as consequências vão desde a perda de autonomia, depressão, isolamento, lesões neurológicas, rearranjo familiar, asilamento, ao aumento do custo em seu

cuidado e maior tempo dispensado pelos profissionais em seu acompanhamento, após a ocorrência da queda.

O presente estudo é de extrema necessidade para o enfermeiro na realização de programas de treinamentos em um processo de trabalho, juntamente com a equipe; com o planejamento de ações que será implantado e executado, sendo o foco primário, a Prevenção e Promoção da Saúde.

Os profissionais devem sempre ter o cuidado de orientar a pessoa idosa, a família, o cuidador e a comunidade em relação à prevenção de quedas e eliminação dos fatores extrínsecos de risco, promover o bem-estar físico e mental do idoso, proporcionando a ele a liberdade de ir e vir com segurança. Liberdade sem medo de cair, favorecendo assim, maior autonomia e independência do idoso.

As causas das quedas em idosos são consequências de vários fatores e trazem mudanças físicas, psicológicas e sociais, além de trazerem, também repercussões para toda a família que tem que se adaptar às mudanças necessárias na busca de uma melhor qualidade de vida.

O plano de intervenção que foi elaborado nesse trabalho tem como finalidade contribuir com os profissionais a diagnosticar e corrigir esses fatores e, assim, evitar que as quedas aconteçam.

Os fatores de risco de queda nunca devem ser negligenciados pela Equipe de Saúde da Família durante a realização das visitas domiciliares ao idoso ou mesmo em um atendimento de rotina, o qual é feito na Unidade de Saúde.

Desta forma, torna-se imprescindível que a Rede Municipal de Saúde de Betim e a USFPC encontrem-se preparados para atender a esta demanda crescente, garantindo o atendimento adequado aos idosos, contemplando a diversidade e as peculiaridades singulares do atendimento requerido por esta faixa etária.

Aos idosos que sofreram queda, é importante o restabelecimento da independência, engajando-os nas atividades da vida diária, que lhes assegurem autoestima, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida.

A minha perspectiva é de contribuir com os profissionais da saúde por meio de um maior conhecimento sobre o assunto e incentivar a implantação de programas, tanto para prevenção como para a reabilitação da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Prevalência de doenças crônicas auto referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.743, 2002.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso**. 2 Ed., Belo Horizonte.: SAS/MG, 2007.

BALTES MM, Silvenberg S. **A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida**. In: Neri AL. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papyrus: 1995. (Coleção viva idade).

BOTTINO CMC, Castilho ARGL. **Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e gestantes**. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999. p. 157-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2007 192 p.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento da Pessoa Idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica**, - Brasília: Ministério da saúde, 2006. p.192 – (Série A Normas e Manuais técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

CARBONI, R.M.; REPPETTO, MA. **Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil**. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2007;9(1):251-60. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>

CHAIMOWICZ, Flávio; FERREIRA, Teresinha de Jesus Xavier Martins; MIGUEL, Denise Freire Assumpção.. **Rev. Saúde Pública** vol.34 n.6 São Paulo dez 1997.

CHAIMOWICZ, Flávio; BARCELOS, Eulita Maria; MADUREIRA, Maria Dolôres. Soares; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde do idoso**. 92 p Belo Horizonte: Nescon UFMG.

CHAIMOWICZ, Flávio; BARCELOS, Eulita Maria; MADUREIRA, Maria Dolôres. Soares; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde do idoso**. 92 p Belo Horizonte: Nescon UFMG p. 94-95.

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora COOPMED, 2009.
COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia**. *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line* (www.proec.ufg.br)

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; SILVA, Sidney Dutrada..**Cad. Saúde Pública** vol.18 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002.

FABRICIO, S. C.C.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

FERREIRA *et al.*, O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1065-9, 2010.

FRANCHI, K. M. B *et al.* **Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade.** Perspectivas e controvérsias. Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, 2005.

IBGE, 2002: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Fonte Censo Demográfico.

JARDIM, V.C.F. da S. **Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda – PE.** 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

Katz S, Stroud III MW. **Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions.** J Am Geriatr Soc. 1989;37(3):267-71

KELLER, I.; MAKIPAA, A.; KALENSCHER, T.; KALACHE, A. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum.** Geneva, World Health Organization, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** **Cad. S**

NASCIMENTO *et al.* Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. bras.enferm. v.61 n.4. Brasília July/Aug. 2008 Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, 2003.

MACEDO, B. G.; MARQUES, K. S. F.; OLIVEIRA, E. B. *et al.* Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v.18, n.3, p.65-70, jul.-set. 2005.

MACEDO *et al.* (2005). **Avaliação neuropsicológica e análise de movimentos oculares na esquizofrenia.** Em Macedo, E. & Capovilla (Orgs.), *Temas em Neuropsicolinguística* (pp. 21-38) São Paulo, SP: Tecmedd.

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.; BERTASSI, V. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p.560-564, set. - out. 2004.

MARIN, M. J. S.; CASTILH, N. C.; MYAZATO, J. M. *et al.* **Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família.** *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 11, n.4, p. 369-74, out.-dez. 2.

MARTINS, A. A. **Perdas e transformações da terceira idade.** Trabalho de conclusão de curso – centro Universitário de Patos de Minas,2006. 55p.

MATSUDO, S. M.S. **Envelhecimento e Atividade Física.** Londrina, Paraná: Midigraf, 2001. 195 p

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

MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** Coopmed, 2006 em editoração).

NAHAS, M.V.; **Atividade física e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2006.

OLIVEIRA, R.C. **Estudos da ocorrência de quedas e seus fatores de Risco em idosos não institucionalizados na cidade de Batatais, S.P.** Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP,2003. (SILVA, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2003).

PAVARINI SCI, Neri AL. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos.** In: Duarte YAO, Diogo MJD. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico:** São Paulo. Atheneu; 2000.p. 69-82.

PEDROSA, C. **Guia da Saúde pública de Betim.** Ed. Única, p18, 2002/2008: Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde - Betim.

PEREIRA, S.R.M. *et al.*. **Quedas em Idosos.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em 03 set. 2008.

PEREIRA SRM. **Quedas em idosos.** In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Elaboração Final: 16 de Junho de 2001.

PERRACINI, M. N. **Fatores associados á quedas em uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo.** 2000. 243f. tese (Doutorado em Ciências) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

RAMOS, Luiz Roberto; SCHOR, Nestor. **Guia de geriatria e gerontologia**, Barueri: Manole, p. 346, 2005.

REBELATTO, José Rubens; CASTRO, Alessandra Paiva de; CHAN Aline. **Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual**. Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo, v.15, n.3, p. 151-154, 2007.

ROZENFELD, S. mai - jun, 2003. Prevalência, **fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3): 717-724.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** Vol. 20 n.2. São Paulo. Abril/Junho, 2007. Editorial.

SINAN W-SINANET/CVC/SE da SMS / SESA-SIAB / Betim Fonte CNES /Fonte: **Coordenadoria de Planejamento e Saúde da Secretaria Municipal em Betim, 2008. DATASUS.**

SIQUEIRA *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 749-756, out.2007.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. **Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso**. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3. Ed Artmed, Porto Alegre, 2004, cap. 60, p. 576-585.

VIRTUOSO, *et al.* Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 23-31, 2012.

Wilkins S, Law M, Lets L. Assessment of functional performance.In: Bonder BR, Wagner MB. **Functional performance in older adults**. Philadelphia: F. A. Davis; 2001. cap. 12, p. 236-51.

ANEXOS

ANEXO 1**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:****EQUIPE 2 DA UNIDADE DE SAÚDE PAULO CAMILO**

VISITADOR _____ DATA DA VISITA ____, ____, ____.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ SEXO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____, ____, ____.

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

QUANTOS IDOSOS NA FAMÍLIA: _____

PESSOA REFERÊNCIA NA FAMÍLIA: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

ANEXO 2

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDS):

Mobilidade... ()

0 = independência completa

1 = uso de ajuda não humana (bengalas, barras, apoio em móveis e outros)

2 = assistência humana

3 = completa dependência

Banhar-se... ()

0 – Independente para entrar e sair do banheiro.

1 – Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho

2 – Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo.

3 – Dependência total para banhar-se.

Vestuário... ()

0 – Independente para pegar a roupa e se vestir.

1 – Necessidade de apoio em algum objeto para se vestir.

2 – Necessidade de ajuda humana no vestir-se.

3 – Dependência total para vestir-se.

Higiene... ()

0 – Independente para ir ao banheiro e se limpar.

1 – Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou do uso regular de marreco, comadre e urinol para a higiene.

2 – Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.

3 – Dependência total para a higiene.

Transferência... ()

0 – Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.

1 – Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência.

2 – Necessidade de ajuda humana para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.

3 – Dependência total para a transferência.

Continência... ()

0 – Independência para controlar os movimentos intestinais e a urina.

1 – Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.

2 – Necessidade de ajuda humana para controle da micção ou defecação.

3 – Dependência total através do uso constante de cateteres, enemas ou fraldas.

Alimentação... ()

0 – Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.

1 – Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação

2 – Necessidade de ajuda humana para pegar o alimento ou levá-lo até a boca.

3 – Dependência total para a alimentação

ANEXO 3**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDS)****FATORES COGNITIVOS:**

Em sua casa o Sr (Sra.) tem que lidar com alguma dessas coisas? SIM(S) NÃO(N).

Preparar as refeições.....() Fazer compras()

Controle financeiro e legal.....() Usar transporte coletivo.....()

Tomar remédios.....() Usar o telefone()

Arrumar a casa.....() Caminhar certa distância.....()

FATORES AMBIENTAIS:

Em sua casa o Sr (Sra.) tem que lidar com alguma dessas coisas? SIM(S) NÃO(N).

Tapetes soltos.....() Objetos guardados em locais altos.....()

Calçados inadequados.....() Cadeiras muito altas ou muito baixas... ..()

Degraus na soleira da porta..... () Móveis instáveis ou deslizantes.....()

Escadas sem corrimão.....() Cama muito alta ou muito baixa.....()

O que o senhor (a) gostaria de fazer e que não está fazendo? _____

ANEXO 4**QUESTIONÁRIO DE QUEDAS**

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Nunca
1 – caminha com dificuldade				
2- Caminham com ajuda				
Com uma pessoa				
Com duas pessoas				
Com andador				
Com muletas ou bengalas				
É acamado				

História de queda nos últimos 12 meses: _____

Quantas vezes? _____

Contou a alguém sobre a queda? _____

Local da queda? _____

Por que caiu? _____

Tem medo de novas quedas? _____

Outras observações: _____

DOMICÍLIO

Perguntar:

Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? _____

Quantas vezes _____

Explique como aconteceu _____

Em sua casa há:

Escadas: _____

Tapetes: _____

Corrimão no banheiro _____

Como é o piso da sua casa _____

ATIVIDADES DIÁRIAS

Perguntar: Você é capaz sem auxílio de:

Sair da cama _____

Vestir-se _____

Preparar suas refeições _____

Fazer compras _____

Fonte: Sirena e Moriguchi (2004, p. 576).

OBSERVAÇÕES RELEVANTES: _____

PROPOSTA DE INTERVENÇÕES E ORIENTAÇÕES:

DATA DO RETORNO DO PROFISSIONAL: _____, _____, _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: _____

ASSINATURA DO IDOSO OU SEU RESPONSÁVEL: _____