



MARLETE APARECIDA DANTAS

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS A DOMICÍLIO**

**Rondonópolis/MT
2024**



MARLETE APARECIDA DANTAS

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS A DOMICÍLIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade Fasipe, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf^a. Me. Karla Caroline Araújo
Silva

**Rondonópolis/MT
2024**

MARLETE APARECIDA DANTAS

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS A DOMICILIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade Fasipe, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 25 de junho 2024.

Orientadora: Enf^a. Me. **Karla** Caroline Araújo Silva
Departamento de Enfermagem da FASIPE

Professor avaliador: Enf^o. Esp^a. Danilo Rorato Rondina
Departamento de Enfermagem da FASIPE

Professora Avaliadora: Me. Ana Keila Ferreira dos Santos
Departamento de Enfermagem da FASIPE

Professora avaliadora: Me. Ana Keila Ferreira dos Santos
Departamento de Enfermagem da FASIPE
Coordenador do Curso de Enfermagem

DEDICATORIA

Dedico esse trabalho as minhas filhas Lays e Lorena

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo a Deus, pelo dom da vida, por todo cuidado durante a trajetória e por me dar forças e resiliência.

A Faculdade Fasipe de Rondonópolis por ter me favorecido o conhecimento, aprendizado, possibilitar experiências pessoais, profissionais e fazer parte da minha história.

Gratidão a professora orientadora, Prof.^a. Me. Karla Caroline Araújo Silva, pelas orientações no desenvolvimento do trabalho, por toda ajuda e colaboração.

Aos demais professores, do curso de graduação, que nos transmitiram seus conhecimentos e também, contribuíram para minha formação.

As Instituições de unidade de saúde, que ofertaram espaços para realização de campo prático e estágio supervisionado.

Aos colegas de turma que me ensinaram nas relações interpessoais, bem como, auxílio em atividades, cada um, com seu jeito de ser, fizeram parte na minha formação para a vida.

Aos familiares e amigos que me estimularam com palavras de apoio me incentivando a seguir em frente e não desanimar.

DANTAS, Marlete Aparecida. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: Prevenção de Quedas em Idosos a Domicílio. 2024. 42 páginas Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Fasipe.

RESUMO

Quando o envelhecimento ocorre de forma natural, acontecem perdas, diminuição de funções, e, cognição, ocorrendo a senescência. Quando o envelhecer está associado às patologias é definido como senilidade. Para cumprir o plano de ação no cuidado de prevenção de quedas em idosos, o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde (APS) necessita como principal objetivo desenvolver medidas de prevenção de riscos de quedas em idosos a domicílio, a partir da identificação de seus fatores de riscos, de ferramentas para Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE), do desenvolvimento de ações em conjunto com equipes multiprofissionais na assistência a domicílio e de tomadas de decisões. O idosos são mais suscetíveis a riscos de quedas, podendo ser definidos por alguns fatores, como os fatores de riscos internos causados por perdas naturais ou patologias específicas, a exemplo de problemas visuais e diminuição de equilíbrio, e, os fatores de riscos externos que está relacionado ao meio ambiente por exemplo: calçadas irregulares e pouca iluminação, tapetes soltos e falta de barras de apoio. A população idosa no Brasil vem aumentando significativamente, superando uma marca de 30,2 milhões em 2017, e, com esse aumento, a população idosa fica mais suscetíveis a incidência dos riscos. Consequências físicas e psíquicas são significantes e os custos para o Sistema Único de Saúde e para a família, irreparáveis. Sendo assim o enfermeiro da APS atua na prevenção, desenvolvendo um cuidado integral, através da aplicação do Processo de Enfermagem (PE), que é uma ferramenta intelectual de trabalho capaz de desenvolver o raciocínio clínico, diagnósticos e obter intervenções e resultados necessários, auxiliando no cuidado integral ao idoso, juntamente com a parceria multiprofissional, em busca da melhoria da qualidade de vida do idoso. Este trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, realizada de fevereiro a junho de 2024, com abordagem qualitativa, e tendo como fonte de pesquisa artigos científicos do google acadêmico, manual do MS, ANVISA, IBGE, manuais sobre quedas. Com o avanço da idade aumentam complicações, sendo fundamental que o Enfermeiro da APS auxilie na prevenção de quedas, a frente do cuidado integral, orientando, supervisionando e realizando uma ampla avaliação da pessoa idosa.

Palavras Chave: Idosos. Prevenção. Quedas.

ABSTRACT

When aging occurs naturally, there are losses, and a decline in functions, and cognitive abilities, leading to senescence. When aging is associated with pathology, it is defined as senility. To fulfill the action plan for fall prevention in the elderly without care, the nurse in Primary Health Care (PHC) needs, as the main objective, to develop measures for fall risk prevention in the elderly at home. This involves identifying risk factors, utilizing tools for Nursing Care Systematization (NCS), developing actions in collaboration with multidisciplinary home care teams, and making informed decisions. The elderly are more susceptible to fall risks, which can be defined by several factors. Internal risk factors include natural losses or specific pathologies, such as visual impairments and decreased balance. External risk factors are related to the environment, such as uneven sidewalks, poor lighting, loose rugs, and lack of support bars. The elderly population in Brazil has been increasing significantly, surpassing 30.2 million in 2017, and with this increase, the elderly become more susceptible to the incidence of risks. The physical and psychological consequences are significant, and the costs to the Unified Health System and the family are irreparable. Thus, the PHC nurse plays a crucial role in prevention by providing comprehensive care through the application of the Nursing Process (NP). This intellectual tool enables the development of clinical reasoning, diagnoses, and the necessary interventions and outcomes, assisting in the comprehensive care of the elderly. This is achieved in partnership with a multidisciplinary team, aiming to improve the elderly's quality of life. This work is an integrative literature review, conducted from February to June 2024, with a qualitative approach. The research sources include scientific articles from Google Scholar, manuals from the Ministry of Health, ANVISA, IBGE, and manuals on falls. As age advances, complications increase, making it essential for PHC nurses to assist in fall prevention by providing comprehensive care, guiding, supervising, and conducting a thorough assessment of the elderly person.

Keywords: Elderly, prevention and falls.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	American College of Sports Medicine
AD	Atenção Domiciliar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de S. Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LPP	Lesão Por Pressão
MIF	Medidas de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Planejamento de Enfermagem
REVRENE	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1. Problematização	12
1.2. Justificativa	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo Geral.....	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1. Os conceitos e a realidade da saúde do idoso	13
2.1.1. Conceito de Senilidade e Senescência	13
2.1.2. O que é envelhecimento.....	13
2.1.3. O Envelhecimento no Mundo, Brasil e em Mato Grosso.....	14
2.1.4. O Atendimento da APS ao idoso: O perfil do Idoso que busca os serviços de saúde na APS	14
2.2. Diagnosticando os potenciais problemas que levam as quedas em idosos	15
2.2.1. Fatores de Riscos Intrínsecos e Extrínsecos	16
2.2.2. Consequências a partir da ocorrência de quedas	18
2.3. Estratégias de Intervenção na Prevenção de Quedas: O Papel do Enfermeiro da Atenção Primária	19
3. METODOLOGIA	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	36
ANEXO A - Sistematização e Assistência da Enfermagem (SAE).	37
ANEXO B – Facilitadores de quedas no domicílio e medidas preventivas	42

1. INTRODUÇÃO

O trabalho realizado a seguir, tem a finalidade de apresentar intervenções, como as abordagens preventivas para minimizar quedas em idosos a domicilio. A atividade é exercida pelo profissional enfermeiro da Atenção Primária em Saúde (APS), e, para tanto, torna-se necessário explorar os possíveis fatores que tanto originam acidentes nesta faixa etária, tendo consequências às vítimas, familiares, Sistema Único de Saúde e sociedade.

A senescência e a senilidade são temas cada vez mais explorados, considerando o crescente aumento da população idosa no mundo, principalmente no Brasil.” (CIOSAK, S. I.; et al. 2011.p.01). Nesse sentido, com o aumento da população idosa em todo o mundo, se discute cada vez mais sobre esse assunto. Ciosak, S. I. (et al. 2011.p.02), “O envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores intimamente dependentes ou interligados, porém, existe maior vulnerabilidade a adoecer, ou seja, uma predisposição à doença.” Dessa forma, A senescência refere-se às mudanças biológicas que ocorrem com o envelhecimento, enquanto a senilidade está relacionada à presença de patologias associadas à idade avançada. Portanto, é crucial que profissionais de saúde adotem abordagens que promovam um envelhecimento saudável, minimizando os riscos de quedas e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

Brasil, (2018.p.05) A população passa por um rápido e forte processo de mudança na estrutura etária. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta em suas projeções que, no ano de 2060, a população de idosos, considerando as pessoas com 60 anos ou mais deverá chegar a 73,5 milhões pessoas, o que corresponderá a 33, 7% da população total brasileira nesse período. Em poucos anos, a transição demográfica em curso no país acarretará a diminuição da população em idade ativa e o crescimento da população idosa. Nesse sentido, conforme os dados epidemiológicos com o aumento da população nessa faixa etária, vai diminuir também o número de contribuição na economia do país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a Segurança do Paciente como a minimização dos riscos de danos desnecessários relacionados ao cuidado de saúde, até um nível aceitável. (BRASIL, 2016.p.07). Este conceito é essencial para garantir que os serviços de saúde proporcionem um ambiente seguro para os pacientes, minimizando a possibilidade de erros e eventos adversos durante o tratamento. A segurança do paciente é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde e é essencial para garantir que os pacientes recebam cuidados de qualidade. A implementação de práticas seguras, a formação contínua e a melhoria constante dos processos são fundamentais para minimizar os riscos e garantir um ambiente seguro.

A queda é resultado de fatores intrínsecos ou extrínsecos, sendo que a mesma pode indicar uma patologia específica ou resultar de diversos fatores combinados, sejam eles internos, destacando como exemplo problemas visuais e desequilíbrios, ou, os externos, a exemplo de calçadas irregulares e iluminação inadequada (IAMSPE, 2014). Pode-se ainda destacar que esses eventos de quedas sempre resultam em sequelas para as vítimas, podendo elas serem, leves,

enquanto para outras podem ser mais graves, ou, até mesmo, levando ao óbito (WINGERTER et al. 2020).

Conforme MS, o Relatório Global da OMS afirma, “Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos que são relacionadas ao corpo humano. Idade, gênero e raça, por exemplo, são fatores de risco biológicos não modificáveis.[...]”. (2010. p.14). O fator biológico humano tem suas características específicas, não modificáveis, por que faz parte das fases da vida. Não ocorrendo as mudanças com o envelhecer e reduz a capacidade das funções físicas, biológicas e psicológicas e além desse declínio, muitas vezes associadas às patologias crônicas que dependem de medicação contínua. Assim sendo, em uma visão geral, a população idosa com o envelhecimento, fica mais vulnerável e com a capacidade das funções reduzidas e quando surgem as patologias mais comuns nessa faixa etária, compromete ainda mais, e, o desempenho funcional, fica mais prejudicado, necessitando de cuidados preventivos para amenizar ou evitar riscos de quedas.

Segundo, Marinho, C.I; et al. 2020.p.04, “Existem algumas constatações que devem ser levadas em consideração, quando se fala em queda de idosos, onde 70% delas ocorrem dentro do seu próprio lar, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco desse tipo de acidente “(PEREIRA.et.al, 2001). Conforme Costa, (et al. 2013. p. 03) “Os fatores extrínsecos, por sua vez, estão relacionados a ambientes inseguros, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas, presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados, por exemplo) no local de circulação.”

Quanto às consequências das quedas, Cruvinel, Dias e Godoi, 2020.p.03, afirmam que, “As consequências estão associadas a fragilidade, dependência, institucionalização e morte. Sendo assim, as quedas são consideradas um problema de saúde pública e sua ocorrência relaciona-se as altas taxas de morbimortalidade, além do elevado custo social e econômico.” Conforme os autores, as quedas não são apenas como um problema de saúde individual, mas também como uma questão de saúde pública devido às suas consequências sérias, como fragilidade, dependência, e até mesmo internação e óbito. Além disso, ressalta o impacto significativo em termos de morbimortalidade e custos sociais e econômicos elevados, sublinhando a necessidade de intervenções eficazes na prevenção desses acidentes. Assim, após um episódio de quedas, desencadeia complicações desde as mais leves até as mais graves, que é a morte. Por vezes, está relacionada a patologias e isso causa custos, social e financeiro.

Em Brasil (2018), o profissional de enfermagem da APS, pode intervir na promoção e prevenção em saúde no âmbito domiciliar, a partir dos serviços de atenção domiciliar (AD), o que resulta em um alto grau de satisfação, tanto para pacientes como para cuidadores, no intuito de reduzir as mortes e as taxas de reinternação. Além disso, Ximenes et al. (2021), relata ainda que os

serviços de apoio disponíveis e o planejamento de metas tornam-se importantes aliados para uma intervenção orientativa, englobando esferas a nível de instrução e às limitações físicas, intelectuais e culturais dos pacientes.

De acordo com Medeiros (2017), em um contexto onde a atenção domiciliar é efetivamente implementada na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais das equipes de saúde terão a oportunidade de oferecer cuidados mais qualificados aos idosos, ocorrendo tanto por meio de atividades de natureza assistencial quanto por meio de ações voltadas para educar os familiares sobre como melhor, assistir aos seus entes queridos, considerando que muitas vezes assumem o papel de cuidadores sem o devido preparo, e ainda aumentar sua qualidade de vida, ao receber cuidados contínuos e adaptados às suas necessidades.

A anamnese do idoso são as avaliações de funções cognitivas. Rojo, M.R.S.; et. Al. 2020. p.03 “A cognição compõe as atividades cerebrais que inclui mecanismos que envolvem a aquisição de informação, englobando várias funções: memória, atenção, percepção, ações de planejar e executar, raciocínio e resolução de problemas.” Nesse sentido, as funções cognitivas quando alteradas, impossibilitam o funcionamento adequado das atividades que dependem do cérebro. Assim, anamnese é um passo muito importante a ser realizado para identificar possíveis riscos de quedas no idoso e evitar que os eventos ocorram.

“ Um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/ processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (NANDA I, 2018-2020). Nesse contexto, O diagnóstico de enfermagem é uma etapa essencial do processo de enfermagem, onde o enfermeiro realiza uma análise criteriosa para identificar problemas de saúde atuais dos pacientes. Essa avaliação considera sinais, sintomas, fatores de risco e histórico de saúde, sendo crucial para orientar intervenções e planos de cuidados que visam promover saúde, prevenir complicações e facilitar a recuperação dos pacientes.

Diagnósticos de enfermagem que contribuem para quedas em idosos e intervenções como ação do enfermeiro. Por exemplo Mobilidade física prejudicada – “orientar o indivíduo quanto ao uso de auxílio para deambulação” (BERTONCELLO; CAVALCANTE; ILHA, 2013.P.06) Memória prejudicada – “ estimular a memória com fotografias, figuras e músicas” (SANTOS et. al.2010.p.10). Isolamento social – “ promover a participação do idoso em atividades de recreação e lazer”. Essas intervenções são fundamentais para minimizar os riscos de queda e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Segundo Aveiro et al. (2011), uma outra questão de suma importância é o trabalho multiprofissional para o idoso (educador físico, psicólogo, nutricionista, assistente social, médico). Esses profissionais ofertam serviços em saúde trabalhando em parcerias com as Equipes de Saúde da Família. Um programa da APS, que contribui com o trabalho multiprofissional é o NASF, que

trata-se de equipes formadas por profissionais de diversas áreas de conhecimento que colaboram com as Equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas de saúde nos territórios atendidos pelas equipes. Eles fornecem suporte direto às equipes e à unidade onde o NASF será cadastrado.

Nesse sentido, o profissional Enfermeiro deve trabalhar em conjunto com a equipe de multiprofissionais da APS, para intervir na realidade e necessidades dos idosos no ambiente em que se encontram, auxiliando, orientando as famílias cuidadoras, tendo em vista, que aumenta a população nessa faixa etária e em consequências disso, também avança a quantidade dos riscos.

1.1 Problematização

Como o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde (APS), pode melhorar suas estratégias de prevenções de quedas em idosos a domicilio?

1.2 Justificativa

Este trabalho tem como finalidade compreender, através do tema, as formas de contribuir com a comunidade científica e a sociedade em geral, no intuito de ofertar uma proposta de melhoria para promover o bem estar e a saúde dos idosos. É relevante, pois vem propor subsídios aos profissionais de saúde, cuidadores e familiares, para encontrar uma melhor forma de prevenção de risco das quedas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Desenvolver medidas de prevenções de riscos de quedas em idosos a domicílio.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os potenciais riscos de quedas para quedas em idosos a domicílio;
- Implementar a ferramenta Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE), no atendimento ao idoso em domicílio;
- Desenvolver ações em conjunto com equipes multiprofissionais na assistência e tomadas de decisões.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Os conceitos e a realidade da Saúde do Idoso

2.1.1 Conceito de Senilidade e Senescência

Ciosak, S. I.; et al. (2011), define que “a senescência e a senilidade são temas cada vez mais estudados, considerando o crescente aumento da população idosa no mundo, principalmente no Brasil.” Nesse sentido, com o crescimento global da população idosa, a discussão sobre esses assuntos se torna cada vez mais pertinente.

O envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores estreitamente dependentes ou interligados, mas é mais suscetível a adoecer, ou seja, uma predisposição à doença, devido seus fatores intrínsecos, ou seja naturais, que se desenvolvem com a idade, confirma, Ciosak, S. I. et al., (2011). Em uma pesquisa de Lebrao (2009), o mesmo destaca que nas últimas cinco décadas, a população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, tem passado por transições devido a mudanças nos níveis de nascimentos e óbitos, em ritmos sem precedentes, o que caracteriza o desenvolvimento de países em desenvolvimento, no combate a alta taxa de natalidade.

Quando o envelhecimento ocorre de forma natural, geralmente sua autonomia não se comprometerá, sendo esse processo conhecido como senescência. Porém, há outra situação em que as patologias decorrentes do processo de envelhecimento causam problemas que comprometem a autonomia, e esse processo conhecido como senilidade, desenvolvendo situações extremas como doenças, acidentes, estresse emocional, podendo levar a uma evolução patológica com perdas de atividades diárias, vitalidade, e desenvolvimento de fragilidade, o que pode resultar em complicações posteriores (JUSSARA, et. al. 2016).

2.1.2 O que é o Envelhecimento

Conforme Ciosak, et al., (2011), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento como um processo contínuo, individual, cumulativo, irreversível e universal de deterioração de um organismo maduro, caracterizado pela diminuição progressiva da capacidade de lidar com o estresse do ambiente ao longo do tempo, sem que isso seja necessariamente patológico. Sendo assim, o organismo de todos os seres de uma mesma espécie, vai com o tempo, se degradando de forma natural, o que reduz a capacidade de resistir à agressão provocada pelo meio ambiente.

Para Jussara, et.al, (2016), o maior desafio na atenção integral à saúde da pessoa idosa é garantir que, mesmo diante das limitações crescentes, sejam identificadas alternativas para viver a vida com a melhor qualidade possível. Dito isso, apesar das fragilidades e limitações que ocorrem

com o envelhecer, o desafio está em contribuir para melhora da qualidade de vida, no intuito de se preparar para oferecer um serviço de saúde qualificado a nova população que está se formando, fazendo com que as enfermidades comuns á faixa etária idosa seja melhor prevenida e tratada.

De acordo com Maia (2011), o processo de envelhecimento é contínuo e progressivo que envolve mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas mudanças resultam em uma redução na capacidade do organismo de se adaptar homeostaticamente a situações de sobrecarga funcional, tornando-o progressivamente mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas. O envelhecimento é um fenômeno que acompanha o decorrer do tempo e não deve ser encarado como uma enfermidade, constituindo-se como um processo intrínseco ao organismo, influenciado por fatores naturais e fisiológicos, além das experiências emocionais, psicológicas e ambientais, que conferem singularidade a cada indivíduo. Dessa forma, é importante ressaltar que não existem dois envelhecimentos idênticos.

De acordo com a autora Ciosak, S. I. et al. (2011), muitas perdas ocorrem no corpo humano com o envelhecer, e, isso, faz com que aconteça um desequilíbrio no organismo, causando redução da vitalidade de funções, e, fazendo com que o idoso fique mais vulnerável a lesões biológicas, físicas e psicológicas, tornando -se viável envelhecer sem ser afetado por doenças ao buscar uma vida ativa e interações sociais, visto que a concepção de que o envelhecimento está intrinsecamente ligado à doença nem sempre reflete a verdade, porém tudo dependerá da continuidade das atividades e do envolvimento social e familiar promovem um envelhecimento saudável, tornando-se uma rotina em que envolve várias esferas do cotidiano do idoso.

Em IAMSPE (2014), pontua -se que com o avanço da idade, surgem algumas alterações consideráveis ao dia a dia do idoso a exemplo da redução na acuidade visual e auditiva, perda de força muscular e mudanças nos movimentos, na postura e no equilíbrio. Além disso, os idosos podem encontrar dificuldade para se adaptar a ambientes escuros após estar em ambientes claros. Essas alterações ocorrem gradualmente, mas, por muitas vezes passando despercebidas pelos familiares ou pelo próprio idoso. A perda da visão e da audição fazem parte também do processo natural do envelhecer. No convívio social, a dificuldade de interação do idoso acarreta uma série de problemas, já que esses aspectos são fundamentais e têm grande importância na adaptação à vida cotidiana.

Gonçalves (2009, apud Serra, 2006) ressalta que o processo de envelhecimento gradualmente resulta no enfraquecimento muscular e na deterioração de várias funções corporais e intelectuais, embora nem todas as funções biológicas diminuam simultaneamente. O American College of Sports Medicine (ACSM) declara que a sarcopenia é o principal fator que contribui para a diminuição da capacidade funcional em idosos, resultando em reduções na força muscular, equilíbrio, flexibilidade e resistência aeróbica. Essas mudanças são ainda caracterizadas por Dias, Gurjão, Marucci, (2006) como processos que dificultam a realização de atividades simples no dia

a dia dos idosos, como caminhar, subir escadas e carregar pequenos objetos, sendo necessário compreender as alterações naturais do envelhecimento contribuirá para uma melhor intervenção de enfermagem a saúde do idoso ofertando uma vida de qualidade e mais saudável.

2.1.3 O Envelhecimento no Mundo, Brasil e em Mato Grosso

Tennure, et.al, (2010) diz que um dos fenômenos mais impactantes do século XXI é o envelhecimento da população mundial, decorrente de uma transição demográfica gradual, o que representa um desafio significativo para o setor da saúde e outras áreas da sociedade. Nesse sentido, por causa do envelhecimento, a população de todo o mundo vem sofrendo mudanças, e isso, é desafiador para o setor da saúde e atinge também outras esferas sociais. E, ainda, Leal, et al. (2020), afirma que o Brasil está passando por uma transição demográfica acelerada, caracterizada pela redução das taxas de natalidade e pelo aumento da população idosa, assemelhando-se a um deslocamento geracional.

No que tange a realidade de Mato Grosso, IBGE, 2022, afirma ainda que:

“[...] A população de Mato Grosso envelheceu. Atualmente, existem 34 idosos para cada 100 crianças. O índice de envelhecimento é a relação entre população idosa e a população jovem. Segundo o levantamento, o estado teve um aumento de **70%** desde o Censo de 2010. À época, eram 20 idosos para cada 100 crianças.”(IBGE, 2022)

De acordo com Buksman et al., (2008), é possível identificar uma incidência mais elevada de fraturas de fêmur em mulheres do que em homens, com números significativos. Estudos prospectivos indicam que entre 30% e 60% da população com mais de 65 anos sofre quedas anualmente, e metade desses casos envolve quedas múltiplas. Aproximadamente de 40% a 60% desses incidentes resultam em algum tipo de lesão, com 30% a 50% sendo de menor gravidade, 5% a 6% de lesões mais graves (excluindo fraturas) e 5% de fraturas. As fraturas mais comuns são as vertebrais, de fêmur, úmero, rádio distal e costelas. Cerca de 1% das quedas resulta em fratura de fêmur. Um estudo nacional mostrou uma incidência bruta de fraturas de fêmur em pessoas com 70 anos ou mais: 90,2/10.000 para mulheres e 25,4/10.000 para homens.

2.1.4 O Atendimento da APS ao idoso: O Perfil do Idoso que busca os serviços de saúde na APS

Brasil (2018) pontua que, podemos classificar a população idosa, de acordo com sua independência e/ ou autonomia, já que é de conhecimento que as alterações da idade irão existir de qualquer forma. Diante disso, idosos são classificados de acordo com seus perfis, onde indicarão a necessidade ou não de ajuda nas AVD (Atividades de Vida Diária), tendo como classificação geral, serem dependentes ou independentes.

Há perfis que caracterizam a pessoa idoso, o que indicará o grau de dificuldade nas AVD. O primeiro perfil: Comtempla as pessoas idosas que realizam suas atividades sem precisar de ajuda

externa. São indivíduos independentes e autônomos para realizarem AVD. O segundo perfil: Contemplam aquelas pessoas que apresentam declínio funcional e dificuldades para a realização de AVD, de forma independente e que dependem de forma parcial da ajuda de terceiros para realizar AVD. O terceiro perfil: Contemplam as pessoas idosas que não são totalmente dependentes de outras para realizar suas tarefas. (BRASIL. 2018).

A importância de se ter o conhecimento da saúde do idoso, suas alterações naturais e possíveis complicações faz que com o profissional desenvolva um melhor atendimento à população, pois saberá diferenciar as necessidades desta população e identificará sinais de perigo e como intervir para auxiliar esse indivíduo, além de buscar refletir sobre o fim da vida (Brasil, 2018).

2.2 Diagnosticando os potenciais problemas que levam às quedas em idosos

Segundo Buksman (2008), as quedas decorrem da perda de equilíbrio postural, podendo ser originadas tanto por problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto por condições clínicas adversas que afetam secundariamente os mecanismos de equilíbrio e estabilidade. Nesse contexto, Almeida et al., (2012) confirma dizendo que a queda pode indicar um declínio na capacidade funcional ou sinais de patologias associadas à idade. A queda é caracterizada por episódios de desequilíbrio que levam o idoso ao chão e pode ser desencadeada por qualquer contato acidental com superfícies próximas, como uma cadeira ou um balcão.

Outra definição de quedas, de acordo com a ANVISA (2013), é caracterizada por deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, mesmo que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (como cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.). De acordo com essa definição, não é necessário se deslocar até o chão para ser considerado queda, basta um deslocamento do nível que o corpo se encontra para um nível inferior. E isso pode acontecer em relação a vários fatores externos e internos, a depender de circunstâncias biológicas ou relacionados ao ambiente.

Para Buksman (2008), a definição de queda implica em perda de equilíbrio, sem a capacidade de se corrigir rapidamente, resultante de circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade. Conforme afirma Alves et al. (2017), as quedas são a sexta principal causa de morte entre os idosos. Portanto, representam um problema de saúde pública, pois podem resultar em fraturas, traumas e impactar negativamente na qualidade de vida dos idosos. Diante da afirmativa, as quedas são a sexta causa de mortes entre idosos, além de causar fraturas, afeta a qualidade de vida, acarreta problemas para saúde pública.

Os autores Cruvinel; Dias; Godoy (2020), definem que a queda é caracterizada como uma mudança inesperada e acidental de posição que faz com que o indivíduo inadvertidamente atinja um nível inferior. Já para Almeida et al. (2012), o evento queda pode ser definido como episódios de desequilíbrio que levam o idoso ao chão. Ela pode ser determinada por qualquer contato acidental com superfícies próximas, como uma cadeira ou um balcão.

As consequências das quedas são inevitáveis, e, de acordo com Buksman (2008), o medo de futuras quedas é tão comum quanto as próprias quedas, afetando entre 30% a 73% dos idosos. A perda de confiança na capacidade de caminhar com segurança pode levar a um declínio funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Após uma queda, o idoso pode limitar suas atividades devido ao medo, à dor ou à própria incapacidade funcional. A reabilitação após uma queda pode ser prolongada e, em casos de imobilidade prolongada, pode resultar em complicações como tromboembolismo venoso, úlceras de pressão e incontinência urinária. Tornando-se dependente, a vítima da queda pode exigir mais tempo e atenção do cuidador, resultando em problemas sociais.

Conforme Buksman, (2008) afirma, após o episódio de quedas os idosos ficam com medo, e isso afeta a autoconfiança, diminuindo as atividades. Além disso, a recuperação depois de cair, é um processo lento e desencadeia problemas trombo venosas, Lesão Por Pressão (LPP), incontinência urinária, tornando-se idosos dependentes de cuidados. Marinho et al., (2020), contribui também, afirmando que, é de extrema importância entender que na pessoa idosa, surgem várias complicações presentes no organismo, além da falta de socialização que tem como características dessa fase, criando barreiras, com família e amigos.

2.2.1 Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos

Para se falar de queda é necessário abordarmos os fatores de risco que levam a esse episódio na vida do idoso domiciliar, e, de acordo com Almeida, Brites e Takizawa (2012), os fatores responsáveis podem ser intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros são decorrentes das alterações fisiológicas que surgem com o processo natural do envelhecimento, agravadas pelas alterações patológicas, além de fatores psicológicos e efeitos colaterais de drogas. Os extrínsecos estão relacionados aos comportamentos de risco e às atividades praticadas pelos indivíduos em seu meio ambiente. Conforme os autores, existem dois fatores que podem causar acometimento de quedas: o fator intrínseco e o extrínseco. São eles: alterações físicas agravados por vários tipos de doenças inclusive a mental, drogas e riscos ambientais. Para Almeida, et al. (2012), a causa da queda é normalmente resultante de inúmeros fatores que predispostos, podendo ser externos ou internos.

Segundo Souza (2017), durante o processo de envelhecimento, há alterações fisiológicas

que podem estar associadas a alterações patológicas, levando à perda da independência funcional do idoso, o que demanda a assistência de outras pessoas para a execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Desse modo, com envelhecimento, as mudanças fisiológicas estão relacionadas a doenças, que por vezes desencadeia dependência, tendo que buscar ajuda de terceiros para realizar tarefas diárias.

Os principais fatores de risco na população idosa são multifatoriais, como destacado por Souza (2017). Entre esses fatores, estão a idade avançada, o sexo feminino, a função neuromuscular prejudicada, a presença de doenças crônicas, o histórico prévio de quedas, os prejuízos psicocognitivos, a polifarmácia, o uso de benzodiazepínicos, o ambiente físico inadequado, a incapacidade funcional e a hipotensão postural. Para avaliar os fatores de risco, deve-se coletar informações necessárias através de anamnese, histórico de queda, capacidade das funções e riscos externos. Assim, facilita implementar estratégias de cuidados mais efetivo.

Em Brasil (2027), o relatório Global da OMS enfatiza que os fatores de risco biológicos incluem características intrínsecas dos indivíduos relacionadas ao corpo humano, em que, a idade, gênero e raça são exemplos de fatores de risco biológicos não modificáveis. Eles também estão relacionados às mudanças decorrentes do envelhecimento, como a diminuição das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à presença de comorbidades associadas a doenças crônicas. Diante disso, o fator biológico humano tem suas características específicas, não modificáveis, por que faz parte das fases da vida. Não ocorrendo as mudanças com o envelhecer e reduz a capacidade das funções físicas, biológicas e psicológicas e além desse declínio, muitas vezes associadas às patologias crônicas que dependem de medicação contínua. Assim sendo, em uma visão geral, a população idosa com o envelhecimento, fica mais vulnerável e com a capacidade das funções reduzidas e quando surgem as patologias mais comuns nessa faixa etária, compromete ainda mais, e, o desempenho funcional, fica mais prejudicado.

Costa, et al., (2013), ressalta que ser idoso pode implicar em uma série de fatores que aumentam o risco de quedas, como osteoporose, alterações sensoriomotoras, fraqueza muscular, alteração da marcha e equilíbrio, dificuldades visuais e auditivas, declínio cognitivo, depressão e polifarmácia. Ademais, enfermidades incapacitantes como o AVC são mais comuns na população idosa, agravando os problemas fisiológicos que contribuem para um risco aumentado de quedas. Desse modo, ser idoso já aumenta o risco de quedas devido patologias de agravo nos ossos, alteração no equilíbrio postural, perda de massa muscular, alteração da marcha, dificuldade de enxergar e ouvir, uso de muitos medicamentos, tudo isso contribuem para risco de quedas.

Segund, Marinho et al. (2020), existem algumas observações sobre os fatores extrínsecos, em relação a queda de idosos, como por exemplo, em que cerca de 70% acontecem em ambiente domiciliar, e são acentuadas quando vivem sozinhas. Nesse sentido, o fato de uma pessoa morar sozinha contribui para quedas, na maioria das vezes os ambientes aonde esses idosos convivem,

são ambientes sem segurança, mal estruturados. Os autores Costa, et al., (2013) pontua que os fatores externos, são relacionados à ambientes inseguros e mal planejados, com ausência de artigos de segurança, como corrimões, iluminação adequada, pisos antiderrapantes nos locais de circulação.

Almeida, Brites e Takizawa (2012), evidenciaram que os fatores de risco extrínsecos que afetam o equilíbrio incluem os riscos ambientais, os riscos nas atividades diárias e, em indivíduos mais frágeis, movimentos como virar-se, inclinar-se ou esticar-se para alcançar um objeto. Dessa forma, a maioria das quedas ocorre durante atividades cotidianas no domicílio, como caminhar, subir ou descer escadas. Entre os riscos ambientais estão circunstâncias nas quais o estímulo sensorial é reduzido, como em ambientes com baixa iluminação ou excessivamente brilhantes. Conforme o autor, os riscos que o meio ambiente pode provocar e causar desequilíbrio são atividades do dia a dia em casa, movimentar, subir ou descer uma escada, as vezes os sentidos estão reduzidos, o ambiente pode estar mal iluminado. São circunstâncias que podem influenciar ao acometimento de quedas.

O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser considerado na avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, falta de diferenciação nos degraus e ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos e obstáculos como fios elétricos e pisos mal conservados são alguns dos riscos comuns observados. Nesse sentido, a melhor forma de contribuir no espaço externo e no cuidado de prevenção de quedas, é que a família possa corrigir os riscos encontrados, conforme as necessidades do idoso, assim, podem ser eliminados ou diminuídos e os eventos de quedas evitados e então, possibilitando a uma qualidade de vida saudável a população idosa. É necessário estar atendo à segurança domiciliar, para que não haja quedas que incapacitem permanentemente os idosos, (BRASIL, 2017; 2018).

2.2.2 Consequências a partir da ocorrência de quedas

Quanto às consequências das quedas, Cruvinel, Dias e Godoi (2020), afirmam que, as consequências incluem fragilidade, dependência, institucionalização e morte. Portanto, as quedas são reconhecidas como um desafio de saúde pública, com sua ocorrência vinculada a altas taxas de morbimortalidade, além de gerar um significativo custo social e econômico. Assim, após um episódio de quedas, desencadeia complicações desde as mais leves até as mais graves, que é a morte. Por vezes, está relacionada a patologias e isso causa custos social e financeiro. Segundo Brasil (2007) as quedas representam um aumento significativo nos índices de morbimortalidade, uma redução na capacidade funcional e uma institucionalização precoce.

Para Ferretti, Lunardi e Bruchi (2013), a capacidade funcional pode ser definida como a habilidade de realizar as atividades físicas e mentais necessárias para o idoso, o que implica ser capaz de executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. A falta de capacidade do

idoso pode acarretar complicações significativas em sua vida, na de sua família, na comunidade e no sistema de saúde, uma vez que a incapacidade aumenta a vulnerabilidade e a dependência, contribuindo assim para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, a incapacidade funcional no idoso pode ter consequências de agravamento para si, família, sistema de saúde, comunidade, pois, fica mais vulnerável e dependente e afeta a qualidade de vida.

Conforme Maia et al., (2011), do ponto de vista econômico, as quedas geram custos diretos e indiretos. Os custos diretos envolvem despesas médicas e não médicas relacionadas ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da condição. Já os custos indiretos estão ligados à perda de produção e produtividade decorrente do problema de saúde. O elevado custo associado às fraturas de quadril e às potenciais limitações de funcionalidade resultantes de quedas torna necessário o desenvolvimento de uma política de saúde pública voltada para a prevenção de quedas e fraturas em idosos. Os autores Louvison; Rosa (2010), afirmam que existem as consequências diretas para o sistema, para a vítima, e, necessita de implementação de política pública, com foco na prevenção.

Para Lima, et al., (2022), o evento de quedas pode desencadear lesões, por exemplo a psicológica. O temor de quedas pode derivar de experiências anteriores, sendo o bastante para causar uma redução na mobilidade funcional, limitar a execução das atividades diárias e, por conseguinte, diminuir o nível de independência funcional, e, o medo de cair de novo, é algo que atrapalha o desempenho de realizar atividades. Segundo Louvison e Rosa (2010), outras consequências menos evidentes, como dor e comprometimento da funcionalidade, aumento da fragilidade, restrição de atividades e medo de cair, também têm um impacto significativo na vida dos idosos e de seus familiares.

Conforme Garcia, Gomes e Barros, (2017), as quedas de pacientes contribuem para prolongar o tempo de internação hospitalar e os custos de assistência, causam ansiedade na equipe de saúde e podem interferir na continuidade do cuidado. De fato, as quedas de pacientes, têm um impacto significativo no tempo de internação hospitalar e nos custos de assistência, pois, elas geram uma série de consequências negativas, como a ansiedade na equipe de saúde, que se preocupa com a segurança e o bem-estar dos pacientes. Este fator, por sua vez, pode interferir na continuidade do cuidado, já que a equipe pode se sentir desmotivada ou sobrecarregada, prejudicando a qualidade do atendimento prestado.

2.3 Estratégias de Intervenção na Prevenção de Quedas: O Papel do Enfermeiro da Atenção Primária

Conforme a afirmativa a seguir, ao fazer uma análise desses dados, entende -se que há um número bastante significativo em quantidade de pessoas acometidas pelas quedas, e em curto espaço de tempo que os eventos acontecem. De acordo com estudos da Associação Médica

Brasileira (AMB), cerca de 30% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem pelo menos uma queda por ano, e mais de 60% dos idosos que caíram em um ano voltarão a cair no ano seguinte (IAMSPE, 2014).

Em Brasil (2017), afirma que o domicílio é um espaço físico que pode contribuir para que ocorra quedas se houver irregularidades e não for adaptado conforme as necessidades do idoso, não necessitando, dentro desse ambiente residencial, de escadas, iluminação inadequada, tapetes soltos, e, obstáculos como fios elétricos, pisos mal conservados, etc. Dito isso, o enfermeiro como um agente que contribui na prevenção, deve orientar quanto as adequações do ambiente, respeitando as individualidades de cada pessoa e suas famílias, para que possa adequar de acordo com as particularidades culturais e valores familiares individuais.

Para Siqueira (2007), a prevenção desempenha um papel crucial na redução de problemas secundários resultantes de quedas. Estudos demonstram que é viável diminuir a incidência de quedas por meio de medidas simples, tais como: a) promoção da saúde e prevenção de quedas; b) revisão das medicações; c) adaptações no ambiente domiciliar; d) promoção da segurança fora de casa. Intervenções multidisciplinares podem contribuir significativamente para o processo de prevenção de quedas em nível populacional, e, o enfermeiro é peça fundamental na prevenção de quedas nos idosos, pois pode prevenir, amenizar, eliminar riscos.

Uma outra questão de suma importância é o trabalho multiprofissional para o idoso (educador físico, psicólogo, nutricionista, assistente social, médico). Esses profissionais ofertam serviços em saúde trabalhando em parcerias com as Equipes de Saúde da Família. Um programa da APS, que contribui com o trabalho multiprofissional é o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), em que trata-se de equipes formadas por profissionais de diversas áreas de conhecimento que colaboram com as Equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas de saúde nos territórios atendidos pelas equipes. Eles fornecem suporte direto às equipes e à unidade onde o NASF será cadastrado (AVEIRO, et al., 2011).

3.0 METODOLOGIA

O presente trabalho, trata-se de uma revisão integrativa bibliográfica de literatura, caracterizada por sua natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos publicados sobre um tema específico, proporcionando uma compreensão mais ampla e aprofundada do assunto investigado. Segundo Gil (1999, p. 194), "as ideias de outros autores, quando inseridas no trabalho, devem ser indicadas com precisão para conferir maior autoridade ao texto".

As técnicas de coleta e análise de dados empregadas neste estudo envolveram a utilização de fontes secundárias como referencial teórico. Foram consultados artigos científicos, publicações do Ministério da Saúde, diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e protocolos clínicos relevantes,

A metodologia adotada buscou garantir a confiabilidade e a validade dos resultados, através de uma seleção criteriosa das fontes e de uma análise rigorosa dos dados. O primeiro passo foi a reafirmação da escolha temática que foi definido A atuação do Enfermeiro na atenção primária a saúde: A revisão integrativa se mostrou uma ferramenta eficaz para a síntese do conhecimento existente sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de quedas em idosos a domicílio, proporcionando subsídios teóricos e práticos para a melhoria das práticas de enfermagem na atenção primária à saúde: prevenção de quedas em idoso a domicílio, a partir de uma experiência, e, então definidos os objetivos. Posteriormente, deu-se início ao levantamento bibliográfico de artigos científicos, de acordo com a problematização e objetivos desenvolvidos.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

É responsabilidade do enfermeiro realizar visitas domiciliares para fornecer cuidados que podem ser educativos, preventivos, de acordo com a análise epidemiológica da área de cobertura da unidade de saúde da família, ou de natureza assistencial/curativa. A visita domiciliar é uma atividade importante, através dela, facilita os cuidados preventivos, principalmente no que se refere a quedas nos idosos (ABRAHAO; LAGRANGE, 2007)

Para Cordeiro; Maracajá, et. al. (2019), compete ao Enfermeiro promover a saúde do idoso, demonstrando habilidade para identificar os determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, além de entender a importância de compartilhar responsabilidades com a equipe de saúde e familiares para contribuir para o desenvolvimento e alcance de uma vida saudável. O Enfermeiro também é responsável pela prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa, com capacidade para desenvolver ações tanto individual quanto coletivamente, além de identificar agravos, visando à prevenção específica, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado dos principais problemas enfrentados pela pessoa idosa.

Para Rodrigues et al. (2007), na área da saúde, a enfermagem tem desempenhado um papel fundamental na abordagem do cuidado em diversos aspectos do processo de envelhecimento, tais como capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças, entre outros; e também da senilidade, que envolve condições crônicas de saúde, situações de urgência e emergência, atenção domiciliar, entre outros. Desse modo, a primeira etapa do processo de enfermagem, anamnese e exame físico, são cruciais para a identificação de fatores intrínsecos e extrínsecos, avaliando alterações fisiológicas comuns da idade, para então, detectar problemas que possam originar quedas.

Segundo Almeida et. al. (2012), os fatores biológicos (intrínsecos) referem-se as características do próprio indivíduo, como redução da função dos sistemas que controlam o equilíbrio, presença de doenças e transtornos cognitivos e comportamentais, levando a uma incapacidade em manter ou recuperar o equilíbrio quando necessário. Os fatores ambientais (extrínsecos) referem-se a questões externas relacionadas ao ambiente. Conforme observado por Marinho et. al. (2020), o idoso muitas vezes passa a maior parte do tempo em sua residência, apesar da familiaridade esse ambiente pode se tornar um local de risco. Portanto, o ambiente em que o idoso vive pode apresentar diversos riscos de queda, como má iluminação, falta de barras de apoio e tapetes soltos.

Algumas ferramentas utilizadas para auxiliar o enfermeiro para a identificação de riscos de quedas na população idosa são essenciais para a promoção da segurança e a prevenção de

acidentes. Entre os mais comuns, destacam-se a Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE) *anexo A pagina 37*, Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Medidas de Independência Funcional (MIF), e Instrumento de Avaliação do Cuidador familiar e ações conjunta com o Programa NASF.

Para Brasil, (2007) a Medida de Independência Funcional (MIF), ajudam a determinar o nível de autonomia do paciente em atividades diárias, enquanto questionários e entrevistas estruturadas fornecem dados sobre o histórico de quedas e condições de saúde. Esses instrumentos, aliados a uma observação clínica criteriosa e a participação ativa do idoso e de seus familiares, são fundamentais para a elaboração de planos de cuidado individualizados e a implementação de estratégias preventivas eficazes.

Conforme Barros et al. (2015), é de conhecimento que o Enfermeiro é o principal responsável por colocar em prática e conduzir a saúde do idoso na atenção primária em saúde. E a partir desta portaria, o enfermeiro deve elaborar o processo de Enfermagem (PE) na saúde do idoso. Enfatiza ainda que a definição adotada do Processo de Enfermagem é de uma ferramenta intelectual utilizada pelo enfermeiro para orientar o raciocínio clínico e a tomada de decisões diagnósticas, de resultados e de intervenções. Observe a seguir:

Diagnósticos e intervenções da enfermagem para quedas em idosos:

DIAGNÓSTICOS DE RISCOS DE QUEDAS EM IDOSOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
Mobilidade física prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o indivíduo quanto ao uso auxiliares da deambulação; - Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos; - Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos; (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA. 2013, p.06)
Memoria prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a lembrar onde fica seu quarto; colocar objetos familiares, fotos ou letras coloridas na porta do quarto, na cabeceira do leito; - Estimular a memória com: fotografias, figuras, músicas, [...]; - Instigar a habilidade cognitiva com: jogos, figuras, calendários, relógio, escrita, desenhos, materiais táteis. (SANTOS et al. 2010, p.10)

Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização; [...]; - Promover participação do idoso em atividades de lazer/recreação. (SANTOS et. al. 2010, p.11)
--------------------------	---

Fonte: Própria

A tabela de Santos et al. (2010), apresenta diagnósticos comuns de risco de quedas em idosos e as respectivas estratégias de intervenções da enfermagem. Esses diagnósticos incluem a mobilidade física prejudicada, memória prejudicada e isolamento social, cada um abordado com intervenções específicas para minimizar o risco de quedas e promover a segurança e o bem-estar dos idosos. O papel da enfermagem é crucial na implementação dessas intervenções, contribuindo para a qualidade de vida dos idosos e prevenindo complicações decorrentes de quedas.

Outras questões importantes na anamnese do idoso são as avaliações de funções cognitivas. Rojo et. al. (2020) ressalta que a cognição compõe as atividades cerebrais que inclui mecanismos que envolvem a aquisição de informação, englobando várias funções: memória, atenção, percepção, ações de planejar e executar, raciocínio e resolução de problemas. Nesse sentido, as funções cognitivas quando alteradas, impossibilitam o funcionamento adequado das atividades que dependem do cérebro.

Para Ribeiro (2017), as Medidas de Independência Funcional (MIF) surgiram na década de 1980 com o objetivo de criar um banco de dados único nos Estados Unidos, contendo avaliações e progressos de pacientes em reabilitação. Posteriormente, foi traduzida para várias nações e validada para uso em pessoas idosas. No contexto nacional, a MIF foi traduzida e validada para aplicação no Brasil, sendo recomendada pelo Ministério da Saúde para avaliar a funcionalidade dos idosos na Atenção Básica. Nesse sentido, as Medidas de Independência Funcional (MIF), é um método de avaliação de reabilitação de pacientes, bem como pessoas idosas. No Brasil é recomendada pelo MS para avaliar a funcionalidade dos idosos na Atenção Básica.

Funções avaliadas pela MIF.

MIF Total	MIF Motor	Auto cuidado	Autocuidados Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura
		Controle de esfíncter	- Uso do vaso sanitário Controle da urina Controle das fezes
		Transferência	

		Locomoção	cadeira, cadeira de rodas MIF total Vaso sanitário Chuveiro ou banheira Locomoção Escadas MIF
	MIF Cognitivo	Comunicação Cognição social	Compreensão Expressão Interação social Resolução de problemas Memória.

Cada uma dessas funções pode ser classificada em um dos seguintes níveis:

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda Com ajuda
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	Dependência modificada	
	5 Supervisão	
	4 Dependência mínima (pessoa \geq 75%)	
	3 Dependência moderada (pessoa \geq 50%)	
	2 Dependência máxima (pessoa \geq 25%)	
1 Dependência total (pessoa \geq 0%)		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p.19. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

A Medida de Independência Funcional (MIF), é uma ferramenta de avaliação utilizada para medir o nível de independência de uma pessoa em diversas atividades cotidianas. Ela abrange várias funções que são essenciais para a vida diária, categorizadas em autocuidado, controle de esfíncteres, transferência, locomoção, comunicação e cognição social. Cada uma dessas funções pode ser avaliada em diferentes níveis de independência ou dependência. Esses níveis indicam o grau de assistência necessária, variando desde a independência completa, onde o indivíduo realiza as atividades sem ajuda, até a dependência total, onde o indivíduo necessita de total assistência para realizar as atividades.(BRASIL, 2007.p.19)

Outra ferramenta que pode contribuir na ajuda desse processo de identificação de risco ao cuidado do idoso é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Para Alvarenga, Oliveira e Faccenda, (2012), no Brasil, a taxa de depressão entre os idosos varia de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e dos critérios de avaliação dos sintomas. Portanto, é crucial realizar pesquisas sistemáticas sobre o assunto entre essa população, sendo a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) um dos instrumentos validados para esse propósito no país. Dito isso, a EDG, é um instrumento que se aplica para avaliar o nível de depressão em idosos.

AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG) ABREVIADA GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) (versão de 15 questões)

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.

Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()
4. Aborrece-se com frequência? Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19) página 1

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) Abreviada, também conhecida como Geriatric Depression Scale (GDS) em sua versão de 15 questões, é um instrumento de triagem utilizado para detectar sintomas depressivos em idosos. Trata-se de um questionário com 15 perguntas de respostas binárias (sim ou não) que avaliam como o idoso se sentiu na última semana. Esta escala

é uma ferramenta de avaliação rápida e eficiente, mas não substitui uma entrevista diagnóstica completa realizada por profissionais de saúde mental. O principal objetivo da EDG é identificar a presença de depressão em idosos, facilitando o encaminhamento para avaliação e intervenção adequadas.(BRASIL, 2006.p.01)

Em Brasil (2006), em Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, geralmente é a família quem cuida dos idosos, e é fundamental fornecer suporte qualificado e contínuo aos cuidadores. A Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desempenha um papel crucial nesse sentido, considerando os cuidadores de idosos como parceiros das equipes de saúde no cuidado aos idosos dependentes.

Escala de Zarit – Instrumento de avaliação de sobrecarga do cuidador familiar

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Fonte da pesquisa: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. P. 192 e 193

Sobrecarga leve: até 14 pontos - Sobrecarga moderada: 15 – 21 pontos –
Sobrecarga grave: acima de 22 pontos.

Para o início de qualquer cuidado, é necessário que o profissional Enfermeiro conheça a realidade do idoso e descubra todos os problemas e possíveis complicações que possam existir na vida desse idoso. Os autores, Cruvinel, Dias e Godoi, (2020), dizem que a prevenção de quedas deve ser prioritária na saúde pública, utilizando estratégias para diminuir o risco de quedas por meio da avaliação de vários fatores de risco e intervenção nos fatores identificados, dessa forma, para prevenir quedas é necessário implementar estratégias com a finalidade de amenizar risco, assim, realiza uma avaliação para identificar o fator causador da queda.

Diante da identificação real dos riscos de quedas faz-se necessário o desenvolvimento de ações. A primeira ação é a busca ativa focando na prevenção de quedas e, nesse sentido, o enfermeiro da APS, junto a equipe de enfermagem, pode estar realizando visitas domiciliares, para melhor ofertar assistência, e, realizar atividades educativas em saúde; orientar o cuidador familiar quanto aos possíveis riscos de quedas no domicílio (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Segundo Lemos e Fernandes (2016), para um cuidado mais efetivo, é importante rever medicações, adequar o domicílio, intervenções multidisciplinares, prevenção e promoção de saúde, e, promoção da segurança do paciente. Em relação ao aspecto científico é de extrema importância, no sentido de contribuir com informações sobre as causas de quedas em idosos, a assistência de enfermagem na prevenção, fatores de riscos e suas consequências.

Há ainda programas específicos e que abrangem a Política de Atenção ao idoso, abordando a importância do cuidado multifatorial, conforme Buksman, (2008) um programa importante que contribui ao fortalecimento estrutural do idoso, para prevenir quedas, são os multifatoriais. São programas de intervenção multifatorial efetivos para redução de quedas em idosos da comunidade, fazendo uma associação entre exercícios físicos, e, cuidados à saúde, como correção da visão e riscos ambientais, e, ainda, aconselhamento sobre prevenção de quedas. Assim, os programas ajudam a implementar estratégias que possam trazer melhorias para população idosa.

Sabe-se que algumas doenças crônicas são comuns na terceira idade e então fará parte do cuidado multifatorial e multiprofissional. Assim, as intervenções mais eficazes abrangem a adaptação ou modificação dos fatores ambientais no ambiente domiciliar, controle da hipotensão postural, realização de exercícios (para melhorar equilíbrio, força e marcha), tratamento de problemas nos pés e ajuste dos calçados (CRUVINEL; DIAS; GODOY)

Faz-se importante e para conhecimento de todos que o Governo do Estado de Mato Grosso estabeleceu uma Lei que criou um Programa Estadual Educativo e de Prevenção de acidentes de quedas, cujo objetivo é diminuir fraturas nos idosos. O autor do projeto foi o

Presidente da Assembleia Legislativa, Deputado Eduardo Botelho. Para Botelho (2019), as quedas resultantes de acidentes domésticos representam uma das principais causas de morte entre idosos no Brasil. Com o objetivo de reduzir o número de acidentes e prevenir quedas e fraturas ósseas, o governo do estado de Mato Grosso aprovou a Lei nº 10.942 em 17 de setembro de 2019, estabelecendo o Programa Estadual Educativo e de Prevenção de Quedas Acidentais, com foco na redução de fraturas em idosos. A iniciativa de promover a conscientização e prevenção para evitar tais incidentes partiu do presidente da Assembleia Legislativa, deputado Eduardo Botelho.

Esses programas de intervenção são utilizados para reduzir quedas nos idosos, incluir atividade física, corrigir a visão, ficar atento aos riscos do espaço físico e educação em saúde sobre prevenir quedas. Todos os programas seguem uma política pré-estabelecida pelo MS, a partir de unidade de saúde sob orientação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), devendo adotar medidas de prevenção de quedas. Essas medidas permitem criar ambiente de cuidado seguro conforme a lei vigente. Conforme Anvisa (2013), as unidades de saúde, sob orientação de seus Núcleos de Segurança do Paciente, devem adotar medidas gerais para a prevenção de quedas em todos os pacientes, independentemente do risco. Essas medidas englobam a criação de um ambiente de cuidado seguro em conformidade com a legislação vigente, como o uso de pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (tais como equipamentos, materiais e entulhos), além da utilização de vestuário e calçados apropriados, bem como a movimentação segura dos pacientes. *Ver anexo B, página 42.*

Quando se pensa em prevenção de quedas em idosos é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais, tendo em vista o aumento da população ficando mais velha. Prevenir e gerenciar as consequências das quedas em pessoas idosas é claramente um desafio que precisa ser abordado, considerando o aumento contínuo do número de pessoas que atingem idades avançadas, relata, (LOUVISON; ROSA, 2010).

O primeiro pilar, que se relaciona à conscientização, envolve os idosos, suas famílias e a comunidade, reconhecendo que as quedas não são eventos normais do envelhecimento, mas sim sinais de alerta para a necessidade de mudanças tanto a nível individual quanto coletivo. Portanto, é necessário implementar estratégias, tanto em nível individual quanto coletivo, para reduzir as quedas entre os idosos. Para alcançar esse objetivo, é importante promover interações sociais em grupo, atividade física e educação em saúde, pois isso pode ajudar os idosos a realizar suas tarefas diárias com mais facilidade. Criar oportunidades seguras de interação social pode reduzir o impacto da baixa autoeficácia desses idosos na realização de atividades cotidianas e aumentar seu envolvimento em programas de exercícios e atividades educativas (LOUVISON; ROSA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde tem como responsabilização conhecer, avaliar, e auxiliar nas fragilidades recorrente a doenças e idade dos idosos, buscando ferramentas, instrumentos e métodos que oferecem suporte no processo de indentificar as necessidades afetadas, tomadas de decisões diagnósticas, resultados e intervenções nas lesões biopsicosocial encontradas e contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE), é uma ferramenta intelectual que direciona o diagnóstico clínico, ajuda no processo de tomadas de decisões diagnósticas, de resultados e intervenções. Ela é sistematizada em cinco passos que ajuda no processo de saúde: anamnese, diagnóstico, planejamento, prescrição, avaliação dos resultados. Ferramenta como instrumento no desenvolvimento das ações do enfermeiro nos serviços de saúde dos idosos para almejar um melhor resultado e contribuir nas intervenções.

O enfermeiro da Atenção Primária em Saúde, realiza as ações em conjunto com a família cuidadores, equipes de saúde e multiprofissionais de diversas áreas do conhecimento para uma melhor resolutividade nos problemas de saúde enfrentados pelos idosos. Assim, juntos com foco na saúde dessa população no que se refere assistência, promoção e prevenção da saúde, pode se ofertar um serviço na melhoria do cuidado, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao idoso.

Por fim, e, mediante tudo que foi apresentado, o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde tem como responsabilização conhecer, avaliar, e auxiliar nas fragilidades recorrente a doenças e idade dos idosos, buscando ferramentas, instrumentos e métodos que oferecem suporte no processo de indentificar as necessidades afetadas, tomadas de decisões diagnósticas, resultados e intervenções nas lesões biopsicosocial encontradas e contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio.** EPSJV, 2007. p.10.

ALMEIDA, L. P.; FREITAS BRITES, M.; TAKIZAWA, M. G. M. H. **Queda em idosos: fatores de risco.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 8, n. 3, 2012, p. 03 e 05

ALMEIDA, S. T. et al. **Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, p. 427-433, 2012. p.02

ALVARENGA, M.R.M; OLIVEIRA, M.A.C; FACCENDA, O. **Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, p. 497-503, 2012. p.02

ALVES, R. L. T. et al. **Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, p. 56-66, 2017. p.02

ANVISA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FIOCRUZ. **Protocolo de Prevenção de Quedas.** Ministério da Saúde, 2013. p.04 e 07

AVEIRO, M. C. et al. **Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1467-1478, 2011.p.03

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática /** Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP, 2015. p.35 e 36

BERTONCELLO, K.C. G; CAVALCANTI, C. D.A. K; ILHA, P. **Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 905-14, 2013. p. 06

BOTELHO, E. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso: **Prevenção a quedas entre idosos é alvo de lei estadual.** 2019. <https://www.al.mt.gov.br/midia/texto/lei-cria-programa-estadual-educativo-e-prevenção-de-quedas-de-acidentes/visualizar>. Acesso em 04 mai de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 5ª ed. Brasília: DF, 2018. Acesso em 21 mar 2024. p. 24;37;39;54

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: DF, 2007. Acesso em 20 fev.2024. p.37

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19).p.142. p.03

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente no Domicílio.** Brasília: DF, 2016. Acesso em 20 mar.2024. p.07 e 23

BRASIL, Ministerio da Fazenda. Envelhecimento da População e Seguridade Social. Brasilia: DF. 2018. p.05

BUKSMAN S. **Quedas em idosos: Prevenção.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008. Acesso em 04 abr. 2024. p. 03 e 04

CIOSAK, S. I. et al. **Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 1763-1768, 2011. p.01 e 02

CORDEIRO, M.C; MARACAJA, F.D.P. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA.** CIEH: VI Congresso Internacional do Envelhecimento Humano. 2019. p.02

COSTA, S.A.G; et al. **Fatores de risco para quedas em idosos.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste -REVRENE. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2013.p.03

CRUVINEL, F. G.; DIAS, D. M. R.; GODOY, M. M. **Fatores de risco para queda de idosos no domicílio/ Risk factors for falling elderly at home.** Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 477–490, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n1-036. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6399>. Acesso em: 7 may. 2024. p. 02 e 03

DA NANDA I **Diagnosticos de Enfermagem: Definições e Classificação.** 2018 – 2020. Ed: 11^a. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DIAS, Raphael Mendes Ritti; GURJÃO, André Luiz Demantova; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. **Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos Strength training benefits on the physical fitness of elderly individuals.** ACTA FISIATR 2006; 13(2): 90-95 p.02

FERRETTI, F; LUNARDI, D; BRUSCHI, L. **Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio.** Fisioterapia em Movimento, v. 26, p. 753-762, 2013. p.03

GARCIA, R. C. F.; GOMES, F. A. L.; BARROS, B. **Protocolo de Prevenção de Queda.** Campo Grande: MS, 2017. p.02 e 03

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, R. F. M. **Avaliação do Abuso em Idoso no Contexto Institucional: Lares e Centros de Dia.** Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. 2010. p.28
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12178>. Acesso em 07 de mai 2024. p.03 e 04

IAMSPE. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Manual de prevenção de quedas.** São Paulo, 2014. Introdução p.01.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil.** Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022.

JUSSARA, G. M.; et al. **Atenção integral à saúde do idoso: medicina** Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. — Florianópolis: 2016. p.20

LEAL, R. C. et al. **Condições de vida do idoso frente ao êxodo etário em ascensão.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 53829-53839, 2020. p.01

LEBRAO, Maria Lucia. **Envelhecimento e Saúde**. Professora Titular do Deptº de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2009. p.01

LEMOS, H. FARIA, N. A; FERNANDES, P. A. **QUEDAS EM IDOSOS: Assistência de Enfermagem na Prevenção**. CONNECTION LINE – REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG. 2016. <https://doi.org/10.18312/connectionline.v0i14.324>. p.02

LIMA, B. L. O. et al. **Saúde do idoso: atribuições do enfermeiro frente à senescência e senilidade**. Semana de Enfermagem (29.: 2018: Porto Alegre, RS). **Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem**; [anais] [recurso eletrônico]. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2018. 251 p., 2018. p.01

LIMA, L.S.; et. Al. **A influencia da força muscular no medo de cair em pessoas idosas**. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. 2022. p.02

LOUVISON, M. C. P; ROSA, T.E.C., **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES/SP, 2010, p. 43; 45; 46.

MAIA, B. C. et al. **Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, p. 381-393, 2011. p.02 e 03

MARINHO, C. L; et al. **Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio**. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.], v. 3, pág. 6880–6896, 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n3-225.

MEDEIROS, K. A. S. et al. **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Saúde em debate, v. 41, p. 288-295, 2017. p.03

NASCIMENTO, V. F. **Três Instrumentos Utilizados na Sistematização da Assistência de Enfermagem em Adultos na Atenção Básica**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde 2013. paginas. 07 a 14

Relatório Global da OMS: **Prevenção de Quedas na Velhice** – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010. p.14

RIBEIRO, D.K.M.N. et al. **O emprego da medida de independência funcional em idosos**. Revista Gaúcha de enfermagem, v. 38, n. 04, p. e66496, 2017. Pagina 02

RODRIGUES, R.A.P. et al. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 16, p. 536-545, Florianópolis: SC. 2007. Pagina 03

ROJO, M.R.S.; CARVALHO, S.M.R; MARIN, M.J.S; DÁTILLO, G.M.P A.; BARBOSA, P.M.K. **Efeitos do exercício físico na exigência física e funções cognitivas de idosos**. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.], v. 2, pág. 2243–2262, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n2-076. p.03

SANTOS, et. al.; **Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para Idosos Deprimidos e residentes e uma Instituição de Longa permanência (ILP)**. Revista eletrônica quadrimestral de Enfermaria. 2010.

SIQUEIRA, F.V. et al. **Prevalência de Queda em Idosos e Fatores Associados**. Revista Saúde Pública. RS. Pelotas, 2007.p.03

SOUZA, L.H.R. et al. **Queda em idosos e fatores de risco associados**. Revista de Atenção à Saúde, v. 15, n. 54, p. 55-60, 2017. p.02

TENNURE, M.C. et al. **Perfil epidemiológico da população idosa**. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. Belo Horizonte, MG: 2010. p.02

UESSUGUE, P. **1. Senescência e senilidade. 2. Saúde do Idoso. 3. Idoso**. UNICEPLAC. DF: 2021. <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2023/10/27/censo-2022-mt-tem-34-idosos-para-cada-100-criancas.ghtml>. Acesso em 03 mai 2024. p. 10

WINGERTER, D. G. et al. **Mortalidade por queda em idosos: uma revisão integrativa**. Revista Ciência Plural, v. 6, n. 1, p. 119-136, 2020. p.06

XIMENES, M. A. M. et al. **Efetividade de intervenções educativas para prevenção de quedas: revisão sistemática**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 30, p. e20200558,2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/GCLdzD3mFvhj68H4zWzhbxc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 03 abr 2024. p.03

ANEXOS

ANEXO A
**Sistematização da Assistência de
Enfermagem
(SAE)**

USF

Jd. Nova Barra

Nome: _____

Idade: _____ Sexo () F () M Data: ____/____/____

Exame Físico INTEGRIDADE FÍSICA

- () Alteração de Peso: () Aumento () Perda
 () Usa medicação: _____ () Dep. Química
 () Astenia () Calafrio () HAS () Sedentarismo () Sudorese
 () Etilismo () Tabagismo () Fadiga () Alergia () Sem alteração

PELE

- () Áspera () Acne () Alteração das Unhas () Alopecia
 () Dermatite () Bolha () Cisto () Crosta
 () Herpes Zoster () Desidratada () Prurido () Escama
 () Nódulo () Pápula () Eritema () Placa Hemorrágica
 () Escoriação () Erosão Oleosa () Hematoma () Escabiose
 () Picada () Mancha () Petéquia () Quelóide
 () Lesão () Seca () Telangiectasia () Turgor diminuído
 () Rachadura () Úlcera de Pressão () Úlcera com Necrose () Úlcera Varicosa
 () Tumoração * Estágio: _____ () Sem alterações

CABEÇA / PESCOÇO

- () Aumento das parótidas () Aumento dos gl. Tireóide () Cefaléia () Confusão Mental
 () Enxaqueca () Insônia () Linfonodos () Nódulo
 () Perda de Equilíbrio () Rigidez de nuca () Sem alteração

OLHOS

- () Ardência () Acidade Visual Menor () Edema Palpebral () Isocoria
 () Algia () Escotoma () Inflamação () Nistagmo
 () Fotofobia () Prurido () Miose () Óculos
 () Lacrimejamento () Midríase () Secreção () Lentes
 () Pupila fotoreagente () Pupila não fotoreagente () Diplopia
 () Sem alteração () Anisocoria () Eritema

NARIZ

- () Algia () Alteração Fonada () Anostomia () Cacosmia
 () Coriza () Espirro () Parosmia () Hiperosmia
 () Obstrução () Rinorréia () Sem alteração

OUVIDO

- () Hiperacusia () Hipoacusia () Otagia () Otorragia
 () Otorréia () Prurido () Zumbido () Surdez
 () Secreção () Sem Alteração.

FARINGE / BOCA

- Algia garganta Fenda Palatina Leucoplasia/ Língua Trismo
- Dislalia Halitose Ronquidão Disfonia
- Disfagia Inflamação Xerostomia
- Lábio Leporino Traqueotomia Sem Alteração

APARELHO RESPIRATÓRIO

- Algia torácica Apnéia Bradipnéia Expectoração
- Cianose Chiado Cornagem Res. Cheyne – Stokes
- Estridor Tosse Seca Ronco Tosse Produtiva
- Hemoptise Ortopnéia Taquipnéia Coriza
- Solução Sibilos Batimento Asa Nariz Sem alteração
- Tiragem Intercostal Vômica Dispneia

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO

- Bradicardia Edema Hipertenso Hipotenso
- Normotenso Normocárdico Precordialgia Pulso arritmico
- Pulso Rítmico Taquicárdico Sem Alterações

SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Ascite Colostomia Dor Abdominal Evacuação Normal
- Dispepsia Diarréia Esteatorréia Fecaloma
- Dor Perineal Epigastralgia Flatulência Icterícia
- Eructação Enterorragia Hemorróida Odinofagia
- Gastrotomia Hematêmese Meteorismo Prurido Anal
- Jejunostomia Melena Pirose Abdome flácido
- Obstipação Ostomia SNG Gavagem Abdome maciço
- Regurgitação Vômito Ruído H. Aéreo Pres. Abdome globoso
- Tenesmo Sonda data __/__/__ Distensão Abdominal Doloroso a palpação
- Ruído H. Aéreo Aus. Constipação Dor Esofagiana Sem alteração.

SISTEMA GENITO URINÁRIO

- Anúria Cistocele Urina turva Sem alterações
- Distúrbio Menstrual Poliúria Leucorréia Odor
- Fimose Hematúria Oligúria
- Incont. Urinária Retenção Urinária Prurido Vulvar
- Metrorragia Nictúria Disúria
- Polaciúria Priapismo Enurese noturno
- Retocele DST Hidrocele
- Uretocele Verruga Menorragia

ÓSTEO / ARTICULAR

- Artralgia Atrofia Muscular Fraqueza Muscular Sem Alterações
- Dorsalgia Espasmo Muscular Movimenta-se sozinho
- Lombocitalgia Lombalgia Cervicalgia
- Movimenta-se com auxílio Câimbra Limitação de Movimentos

SISTEMA NERVOSO

- Crise Convulsiva Confusão Mental Tontura
- Síncope Sonolência Vertigem
- Usa Medicação Orientado Sem Alteração

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

- () Apático () Angústia () Agressividade () Ansioso
 () Calmo () Colaborativo () Comunicativo () Depressivo
 () Preocupação familiar () Preocupação financeira () Sem alterações

SONO E REPOUSO

- () Insônia () Sonolência () Usa Medicação: _____
 () Pesadelo () Sonambulismo () Sem Alteração

ASPECTOS DE HIGIENE

- () Satisfatório () Regular () Insatisfatório
 () Escabiose () Pediculose () Tricotomia não Realizada
 () Sem Alteração () Unhas não Aparadas () Cabelos Sujo

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

1- Presença de religião:

- () Sim () Praticante () Não praticante () Ateu () Não

SINAIS VITAIS

PA () T () P () R ()

Quadro 1: Roteiro para registro da SAE – Exame Físico em USF. Dezembro de 2012. Barra do Garças – MT



Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

USF

Jd. Nova Barra

Nome: _____

Idade: _____ Sexo () F () M Data

_____/_____/_____

Diagnósticos de Enfermagem

INTEGRIDADE FÍSICA

- () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Intolerância à atividade
 () Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada () Mobilidade física prejudicada
 () Deambulação prejudicada () Mobilidade no leito prejudicada () Déficit no auto cuidado
 () Risco de infecção () Risco de trauma () Capacidade transferência prejudicada
 () Risco de lesão () Risco de quedas () Risco de automutilação () Proteção ineficaz () Outros

COMUNICAÇÃO

- () Comunicação verbal prejudicada () Disposição para comunicação aumentada () Isolamento social () Outros

APARELHO RESPIRATÓRIO

- () Trocas de gases prejudicada () Desobstrução de vias aéreas ineficaz
 () Padrão respiratório ineficaz () Risco de aspiração () Ventilação espontânea

prejudicada

Risco de sufocação Outros

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO

Perfusão tissular ineficaz Termorregulação ineficaz Débito cardíaco diminuído
 Hipotermia Hipertermia Outros

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Mucosa oral prejudicada Dentição prejudicada Náusea Deglutição prejudicada
 Padrão ineficaz de alimentação do lactente Amamentação: eficaz, ineficaz, interrompida.
 Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais Constipação
 Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais Diarreia Outros

SISTEMA GENITO URINÁRIO

Eliminação urinária prejudicada Volume de líquidos deficiente Incontinência urinária
 Volume excessivo de líquido Retenção urinária
 Disposição para equilíbrio de líquidos aumentados Outros

ASPECTOS PSICOSOCIOEMOCIONAIS

Ansiedade Fadiga Medo Confusão aguda, crônica Atraso no crescimento
 Comportamento infantil desorganizado Dor aguda Dor crônica Desesperança
 Desobediência Tristeza crônica Disfunção sexual Sentimentos de pesar antecipado
 Percepção sensorial perturbada Conflito no desempenho do papel de pai/mãe
 Paternidade ou Maternidade prejudicada Processos de pensamento perturbado
 Padrão de sono perturbado Padrões de sexualidade ineficazes Conflito de decisão
 Controle ineficaz do regime terapêutico Disposição para controle do regime terapêutico
 Disposição para o autoconceito melhorado Baixa Auto-estima crônica, situacional
 Conhecimento deficiente Disposição para conhecimento aumentado Adaptação prejudicada
 Comportamento de busca de saúde Negação ineficaz Estilo de vida sedentário
 Manutenção ineficaz da saúde Comportamento de busca de saúde Risco de suicídio
 Outros

Quadro 2: Roteiro para registro da SAE – Diagnósticos de Enfermagem em USF. Dezembro de 2012. Barra do Garças – MT.



USF

Jd. Nova Barra

**Sistematização da Assistência de
 Enfermagem
 (SAE)**

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo () F () M Data: ____/____/____

Prescrição de Enfermagem

INTEGRIDADE FÍSICA

- () Teste alérgico
 com: _____
 () Drenagem
 em: _____
 () Curativo em: _____ Produtos: () SF 0,9% () AGE
 () Papaína () Kollagenase () Neomicina
 () Retirada de pontos em: _____
 () Extração de miíase em: _____
 () Extração de objetos em: _____
 () Limpeza/Anti sepsia em: _____ Produtos: () SF 0,9% () Álcool 70%
 () Degermante () Tópico
 () Alívio da dor com: _____

COMUNICAÇÃO

- () Orientações sobre: _____

APARELHO RESPIRATÓRIO

- () Nebulização Produtos: () SF 0,9% _____ ml () Atrovent _____ gts () Berotec _____ gts
 () Broncodilatador
 oral: _____

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO E METABÓLICO

- () Verificação Sinais Vitais () Teste de Glicemia () Prova do Laço
 () outros: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

- () TRO – Plano A () Plano B () Outro: _____

SISTEMA IMUNITÁRIO

- () Imunização () BCG () Hepatite B () Vip () Vop () Rotavirus () Penta () Pneumo 10
 () DTP () Meningo () T. Viral () F. Amarela () Dt () Influenza
 () Outras: _____

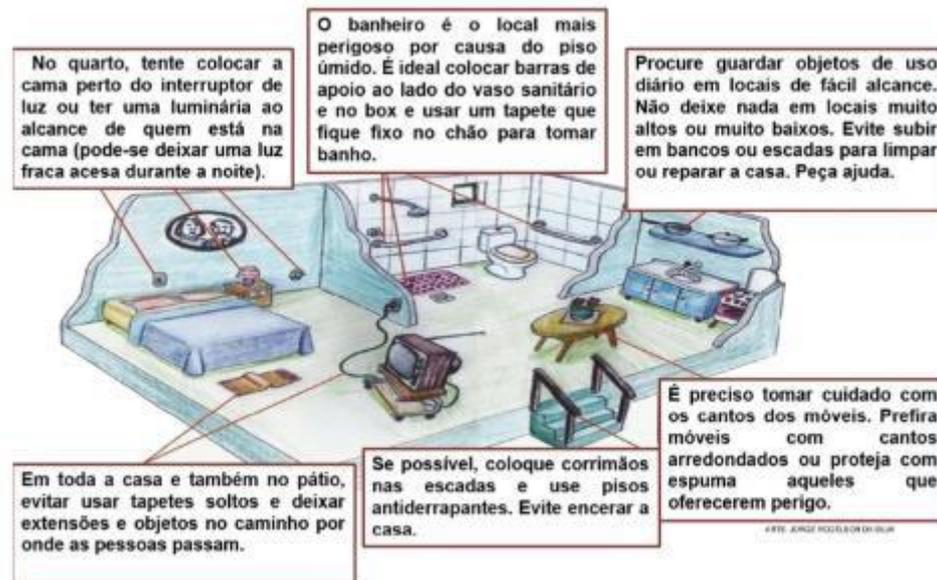
ASPECTOS PREVENTIVOS

- () Preservativos: () Masculino () Feminino
 () Anticoncepcionais: () Oral () Injetável: () Mensal () Trimestral () Outros

Quadro 3: Roteiro para registro da SAE – Prescrição de enfermagem em USF. Dezembro de 2012. Barra do Garças – MT.

Fonte: NASCIMENTO, V.F. Três Instrumentos Utilizados na Sistematização da Assistência de Enfermagem em Adultos na Atenção Básica. Revista Eletrônica Gestão & Saúde 2013. paginas. 07 a 14.

ANEXO B - Facilitadores de quedas no domicílio e medidas preventivas



Fonte: Ministério da Saúde. 2016, p.25