

CUIDADO E ATENÇÃO AO IDOSO COM FOCO NA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DE QUEDAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CARE AND ATTENTION TO THE ELDERLY FOCUSING ON EDUCATION AND PREVENTION OF FALLS BY THE COMMUNITY HEALTH AGENT

Janici Therezinha Santos^{1*}, Andressa Veruska Robes², Simone dos Santos Grecco^{3,4}, Maria Cristina Marcucci⁵, Paulo Henrique Perlatti D'Alpino^{3,4}

¹Discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Biotecnologia e Inovação em Saúde, Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN SP.

²Discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Ensino de Ciências e Saúde, Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN SP.

³Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Biotecnologia e Inovação em Saúde, Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN SP.

⁴Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Ensino de Ciências e Saúde, Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN SP

⁵Professora Colaboradora do Programa de Biopatologia Bucal, ICT, UNESP, São José dos Campos, SP.

*Correspondência: paulodalpino@gmail.com

RECEBIMENTO: 13/06/19 - ACEITE: 16/07/19

Resumo

O envelhecimento não pode ser analisado de forma única, generalizada ou relacionado à existência de uma doença. A expectativa de vida no mundo aumentou e as condições de fragilidades podem estar presentes, deixando os idosos suscetíveis às quedas. Na ocorrência do evento de queda, poderão surgir complicações relacionadas à saúde e qualidade de vida. O objetivo deste estudo é reunir conhecimentos básicos que devem ser abordados pelos ACS junto aos familiares e cuidadores nas famílias com idosos. Além disso, propõe-se o uso de um folheto a ser distribuído nas visitas domiciliares, especialmente a pacientes idosos com diferentes perfis. Os agentes comunitários de saúde são os atores principais pois a partir das orientações fornecidas por eles nas visitas periódicas às residências, espera-se que haja o entendimento e a percepção dos idosos quanto aos riscos de queda presentes no ambiente. Esta estratégia visa minimizar os riscos deste evento a esta população diminuindo altos custos ao Sistema Único de Saúde relacionados a cirurgias, internações prolongadas e incapacidades nesta fase da vida. Propôs-se uma linha de cuidado relacionado à prevenção de quedas em idosos dentro da rede de atenção ao idoso, além de um instrumento educativo para destacar os principais tópicos relacionados a este problema recorrente em atenção básica. A prevenção de eventos de queda certamente reduzirá os problemas relacionados à dificultosa recuperação dos idosos envolvendo muitas vezes procedimentos cirúrgicos, longas internações e risco de morte.

Palavras-chave: Idosos. Serviços de Saúde para Idosos. Agentes comunitários de saúde. Acidentes por Quedas.

Abstract

Aging cannot be analyzed in a unique way, generalized or related to the existence of a disease. Life expectancy in the world has increased and conditions of frailty may be present, leaving the elderly susceptible to falls. In the event of the fall event, complications related to health and quality of life may arise. The aim of this study is to gather basic knowledge that should be addressed by CHWs with family members and caregivers in families with the elderly. In addition, it is proposed to use a leaflet to be distributed during home visits, especially to elderly patients with different profiles. The community agents are the main actors because, based on the guidelines provided by them in the periodic visits to the residences, it is expected that there is an understanding and the perception of the elderly about the risks of falling in the environment. This strategy aims to minimize the risks of this event to this population reducing high costs to the Unified Health System related to surgeries, prolonged hospitalizations and disabilities in this phase of life. It was proposed a line of care related to the prevention of falls in the elderly within the care network for the elderly, as well as an educational tool to highlight the main topics related to this recurrent problem in basic care. The prevention of fall events will certainly reduce the problems related to the difficult recovery of the elderly, often involving surgical procedures, long hospitalizations and risk of death.

Keywords: Aged. Health Services for the Aged. Community Health Agents. Accidental Falls.

Introdução

A maior mudança em relação à expectativa de vida no mundo ocorreu entre os séculos XIX e XX, especialmente nos países europeus, em função da Revolução Industrial, quando a taxa de mortalidade, índice demográfico que reflete o número de mortes registradas em média por mil habitantes, começou a cair. No Brasil, a taxa de mortalidade começou a cair entre os anos 1950 e 1980, sendo que a partir dos anos 1970 se iniciou também um processo de redução da fecundidade. Atualmente a média de filhos nas famílias chega a ser de menos de dois por casal. O presente processo de transição demográfica no mundo, e no Brasil não difere disso, está relacionado com o índice de envelhecimento acelerado da humanidade, com predominância dos indivíduos de faixa etária de 60 anos ou mais, observado com maior intensidade a partir da década 60.¹ Pesquisas de referência do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizadas entre os anos 1994 e 2002, mostraram uma perspectiva da evolução do indivíduo relacionada ao percentual da população brasileira acima 60 anos.² Os dados mostraram que, até o ano de 2025 será evidenciado um salto importante no crescimento do número de idosos, que subirá em média de 8,9% para 18,8% do total de indivíduos acima de 60 anos. A população brasileira está passando por um franco processo de envelhecimento.² Dados mais recentes do IBGE mostraram que a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros aumentou progressivamente, atingindo em 2016 uma média de cerca de 75 anos. Segundo o IBGE (2015) de 14% da população total (29 milhões de brasileiros) possui 60 anos ou mais, sendo que as projeções apontam o número de idosos irá superar o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões em 2030. Nas projeções para 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto crianças apenas 14%.²

A Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que, em decorrência do acelerado envelhecimento populacional do mundo e do Brasil, as políticas públicas devem cuidar da atenção ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas entre estes idosos, que podem causar uma série de limitações que afetam a autonomia e a independência destas pessoas.³ As vulnerabilidades e fragilidades em decorrência do envelhecimento podem levar a eventos de queda em idosos, sendo bastante preocupantes e determinantes em relação à qualidade de vida, em função das incapacidades e até a risco de morte ao indivíduo idoso.⁴

É consenso que, quanto maior a idade, maiores as chances de eventos de quedas em idosos.

Ao cair, em torno de 5% deles necessitarão de hospitalização.⁵ A hospitalização ocorre porque a queda pode gerar como consequência fraturas. As consequências destas fraturas muitas vezes é o óbito em um ano.⁴ Nos Estados Unidos, as quedas são a principal causa de lesão, institucionalização prematura e incapacidade a longo prazo em adultos idosos, com uma fatalidade relacionada a quedas a cada 19 minutos.⁶ Um estudo destacou que a trajetória de modificações do perfil de morbidade e mortalidade da população, apresentou um avanço significativo em especial com os indivíduos acima de 80 anos de idade.⁷ Esta geração está exposta aos problemas de saúde que geram fragilidades envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais, deixando esta faixa etária mais vulnerável às doenças e às complicações.

A manutenção da capacidade funcional se faz importante e deve ser feita em dois níveis específicos: prevenção de agravos à saúde, e empenho nas ações eficientes para identificar riscos, com medidas preventivas antecipadas para os idosos, minimizando a probabilidade de queda dentro de sua residência.⁸ De forma geral, as intervenções mais eficazes na prevenção de quedas incluem exercícios, medicamentos e controle nutricional, além de melhorar a segurança do ambiente local.⁹ As necessidades dos idosos, no setor saúde, não são contempladas apenas em uma rede de atenção, devendo ser complementadas e continuadas nas outras redes, percurso denominado "linha de cuidado", que torna possível uma abordagem integral ao indivíduo.² A análise da linha de cuidado possibilita o mapeamento dos recursos humanos e de serviços disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliando-se as tecnologias utilizadas para o atendimento dos idosos, tais como o tipo de assistência, fluxos, regulação e encaminhamentos a serviços especializados, o acesso aos serviços e às ações de promoção e vigilância à saúde, bem como a aplicação de recursos especializados.⁸

Apesar da importância atual do uso de ferramentas tecnológicas no processo ensino-aprendizagem,¹⁰ o uso de cartilhas e folhetos contendo informações básicas de saúde ou de orientação são extremamente importantes como ferramentas pedagógicas.¹¹ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão cotidianamente em contato diário com a comunidade onde vivem e atuam, o que facilita este processo de educação em saúde com a população da área de abrangência da unidade de saúde da família. Desta forma, o objetivo do presente estudo é reunir conhecimentos básicos que devem ser abordados pelos ACS junto aos familiares e cuidadores nas famílias com idosos.

Além disso, propõe-se o uso de um folheto a ser distribuído nas visitas domiciliares, especialmente a pacientes idosos com diferentes perfis. Desta forma, o presente estudo não pretende esgotar as possibilidades de discussão sobre o assunto, mas sim, estimular por meio da discussão junto à comunidade sobre tópicos mais relevantes sobre os orientações e cuidados com a pessoa idosa que estimulem e despertem a curiosidade e a tomada de decisão com base na proposta de atuação do ACS aqui recomendada.

Método

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de revisão de literatura, que buscou nos artigos pesquisados informações para melhor compreensão do papel do ACS e sua relevância no papel de educador quanto aos cuidados na prevenção de quedas. Os critérios de inclusão foram artigos, portarias e resoluções publicados pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2020 e que faziam referência à importância do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à educação em saúde para o uso de medicamentos. Para fundamentar o estudo buscou-se artigos na literatura nas bases de dados da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e PubMed (MEDLINE). Como critérios de inclusão, optou-se por publicações até 2020, em português e em inglês, que estivessem relacionadas com o tema a partir dos descritores inseridos no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>), sendo eles: Idosos, Serviços de Saúde para Idosos, Agentes comunitários de saúde, Acidentes por Quedas, Política de saúde.

Resultados

A maioria dos estudos selecionados apontou diversos aspectos relacionados ao envelhecimento da população, das mudanças nas condições de saúde da pessoa idosa e sua capacidade funcional e como estes fatores podem levar à intercorrências como quedas e outros agravos, doenças agudas ou agudização de doenças crônicas, internações ou mesmo por mudanças no curso da vida. A queda acarreta alto custo econômico e social, e é vista como um problema de saúde pública.¹² O que propicia a queda são inúmeros fatores, intrínsecos e extrínsecos, sendo que os fatores ambientais têm se mostrado prevalentes, ou seja, em cerca de 40% das quedas evidenciadas nos estudos. Entretanto, fatores como uso de medicamentos e/ou interação medicamentosa (“polifarmácia”), dentre outros, podem ter grande significado nesta realidade.

A alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e doenças degenerativas entre os idosos, somada às manifestações decorrentes do próprio envelhecimento, aumentam não só a probabilidade de ocorrência das quedas, mas também o agravamento das lesões decorrentes desse evento.⁶ Desta forma, são diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, as ações para melhoria das habilidades funcionais, as orientações ao idoso e ao familiar quanto aos riscos ambientais que favorecem as quedas, pois vultosos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) custearam o tratamento devido as quedas na população idosa internações. Mais recentemente,¹² o Ministério da Saúde apresentou dados mostrando que cerca de 75% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços do SUS, sendo que 83% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Nesse período, foi identificado ainda que 10,2% dos idosos foram hospitalizados uma ou mais vezes. Quase 40% dos idosos possuem uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais como diabetes, hipertensão ou artrite. Ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica.

As quedas englobam um grupo de causas internas e externas com maior aumento proporcional no risco de internação e dentre a população de maior suscetibilidade para a ocorrência de quedas estão os idosos, estes contribuem para significativos gastos públicos e maior número de internações. Neste cenário das necessidades do idoso frente aos seus desafios, para obter uma melhor qualidade de vida, é necessário um engajamento dos profissionais do sistema saúde, na manutenção das funcionalidades e promoção de maior independência.¹³ Além disso, o Ministério da Saúde tem estimulado a prevenção e minimização dos riscos de queda de idosos no sentido de reduzir as internações evitáveis e o tempo de internação.^{2,13}

Em uma revisão da literatura, Inouye et al.¹⁴ avaliaram 12 estudos que examinaram os fatores de risco de queda, sendo identificados os seguintes fatores como principais causas de quedas em idosos: idade avançada, histórico prévio de quedas, comprometimento funcional, uso de equipamento de auxílio à marcha ou de assistência, comprometimento cognitivo ou demência, mobilidade prejudicada ou baixo nível de atividade e anormalidades no equilíbrio. No entanto, em uma revisão de estudos retrospectivos¹⁵ envolvendo 3628 casos de quedas foram identificadas as principais causas de quedas em idosos como relacionadas a acidentes ou meio ambiente (31%), distúrbios da marcha ou equilíbrio (17%), tonturas (13%), ataque de queda (9%) e confusão (5%). Fatores de risco como hipotensão postural (3%), distúrbios visuais

(2%) e síncope (0,3%). Ganz et al.¹⁶ relataram que os preditores mais consistentes de quedas futuras foram distúrbios da marcha ou equilíbrio clinicamente anormais. A deficiência visual, variáveis de medicação, atividades diminuídas na vida diária e cognição prejudicada ou ainda hipotensão ortostática foram também destacados como sendo preditores consistentemente de quedas.¹⁶ Em outra revisão sistemática constatou-se que quedas, medicações e comprometimentos anteriores de força, marcha e equilíbrio foram os fatores de risco mais correlacionados com queda.¹⁷

Os riscos dos pacientes para quedas foram também descritos como sendo intrínsecos e extrínsecos.¹⁸ Fatores intrínsecos são fatores relacionados ao paciente, como idade, comorbidades, quedas anteriores, marcha, visual/auditiva comprometimento, déficits musculoesqueléticos e comprometimento cognitivo. Os fatores extrínsecos por sua vez estão relacionados ao ambiente físico, ao uso de medicamentos, ao uso de equipamentos de apoio e ausência de assistência e apoios em banheiros, iluminação e aos tipos de calçados utilizados.¹⁸ Medicamentos, como opioides, neurolépticos, benzodiazepínicos e antidepressivos foram identificados como sendo fatores extrínsecos que levam a um aumento do risco de queda. As quedas estão também relacionadas ao uso de medicamentos como cardíacos, analgésicos, psicotrópicos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos e antiplaquetários, bem como a associação de medicamentos em que uma pessoa está em uso.¹⁹ Estes medicamentos podem contribuir para uma hipotensão ortostática e fraqueza postural.¹⁹ Medicamentos cardíacos e analgésicos têm sido implicados como um dos principais fatores de risco levando a quedas na população adulta.¹⁹ Além disso, pacientes com mais de 65 anos de idade têm um risco aumentado de quedas devido a medicamentos anti-hipertensivos e comorbidades que aumentam o risco de queda.²⁰

O uso de medicamentos é um importante fator de risco para fratura por quedas nos idosos e as possibilidades de quedas devem ser alertadas para os pacientes e seus familiares, no sentido de saberem os efeitos colaterais das drogas.²¹ Sendo assim, é importante verificar se o uso de medicamentos é realmente necessário uma vez utilizado de forma indiscriminada pode ocasionar efeitos drásticos, e eventos como as quedas devido a tonturas, mal estar, sonolência, alteração de equilíbrio, diminuição da tonicidade muscular, entre outros sintomas.¹¹ Muitos idosos dependem de algum tipo de droga para controlar as doenças crônicas, ou para a melhora da qualidade de vida. As estatísticas mostram que, esta prática aumenta a cada dia nesta população. Dados importantes quanto às classes de medicamentos

como os anti-hipertensivos podem provocar hipotensão postural ou mesmo tonturas; associado a isso o uso de diuréticos, fazendo com que o paciente levante à noite para urinar e facilite quedas e consequentes fraturas.

A prevenção primária é considerada a abordagem mais eficaz para reduzir o ônus das lesões relacionadas às quedas. Alguns estudos e programas de prevenção se concentraram na prevenção de quedas intervenção e as quedas examinadas como seu principal resultado de interesse.²² Em que pesem os inúmeros cuidados propostos para a prevenção de quedas dos idosos, a eficácia da maioria das intervenções aplicadas para prevenção de quedas ainda não está clara.²³ Evidências empíricas sugerem que dois tipos de intervenções (treinamento, modificação residencial) pode ser eficaz na redução do risco de queda para subpopulação específica de idosos cidadãos. Não há evidências de que nenhuma das intervenções investigadas seja capaz de reduzir o risco de lesões relacionadas à queda.²³ Mesmo assim, a avaliação de risco é a principal intervenção para prevenção de quedas.¹⁹

Discussão

Os atendimentos aos idosos devem ser feitos por meio da Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS.²⁴ Porém, em função da impossibilidade de deslocamentos dos idosos, considerando-se as irregularidades das calçadas e calçamento das ruas (paralelepípedos às vezes), e outras barreiras geográficas (ladeiras, longas distâncias, dentre outras), e ainda a própria possível limitação dos idosos são impeditivos à ida dos idosos às unidades de saúde.²⁴ Desta forma, as visitas domiciliares possibilitam um melhor acompanhamento pelos ACSs nos núcleos familiares, muitas vezes dentro das residências. As visitas domiciliares aos idosos são extremamente importantes considerando-se que profissionais deveriam ser bons ouvintes e pela possibilidade de transmitir palavras de conforto em momentos difíceis.²⁴

Frente a problemática envolvendo pessoas que envelhecem, a atenção primária em saúde tem trabalhado próxima ao paciente na conscientização e educação sobre diferentes temas inerentes a esta faixa etária. Neste contexto, os agentes comunitários de saúde (ACSs) são os atores envolvidos nas questões educativas nos domicílios brasileiros, levando acolhimento e orientações às pessoas e especialmente aos idosos.²⁵ No Brasil, por meio da política nacional de saúde, vem sendo fortalecida a atenção básica em saúde ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com

suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

A Portaria nº 2488/2011, do Ministério da Saúde,²⁶ que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, determinou que houvesse o exercício de práticas de cuidado e de gestão, atendendo a todos os cidadãos com foco no trabalho em equipes multidisciplinares, oferecendo a oportunidade de usufruir dos benefícios da atenção básica em todos os seus redes de atenção nas diferentes etapas da vida desde o nascimento até a idade avançada. Esta portaria foi revisada pela Portaria n.º 2.436/2017,²⁷ que reiterou o conceito de atenção básica como sendo “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Mais recentemente o Ministério da Saúde publicou um documento contendo orientações técnicas para a implementação de uma linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS.² O Ministério da Saúde propõe neste documento ações para a organização e o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa. Neste sentido, é importante o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população idosa adstrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da Atenção Básica. Em função da diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, propôs-se a realização de uma avaliação multidimensional, que permite identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa em três grandes perfis em função dos níveis de funcionalidade apresentados: 1-pessoas idosas independentes e autônomas; 2- pessoas idosas com alguma limitação funcional (com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros); e 3-pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas.² Sendo assim, permite-se identificar as necessidades de saúde da população idosa. Desta forma, a Política Nacional de Atenção Básica se consolida numa perspectiva em que os ACS desempenham um importante papel aplicando os conhecimentos e práticas de saúde junto aos núcleos familiares e aos indivíduos dentro de sua realidade.

A principal atuação dos ACSs no sentido de realizar ações de educação em saúde para prevenção de quedas está no conhecimento dos fatores

ambientais ou extrínsecos que contribuem para o risco de quedas. A falta de iluminação e objetos ao redor da casa, como tapetes soltos, podem aumentar o risco de quedas. Esses fatores são mais problemáticos em indivíduos com deficiência visual.²⁸ A sensibilidade ao contraste diminui nos idosos e pode ser ainda mais comprometida pela doença ocular simultânea. Assim, a avaliação das circunstâncias domésticas dos pacientes, incluindo a iluminação, seria outro caminho para intervenção na redução do risco de quedas.²² O benefício de intervenções e avaliações domiciliares foi demonstrado em estudos que confirmaram que a avaliação e modificação de riscos domiciliares resultaram em menos quedas.^{22, 29} Ainda assim, de um modo geral, a redução dos riscos domésticos, por si só, geralmente não é suficiente para reduzir o risco de quedas.³⁰

Um estudo prévio³¹ destacou a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas sobre as características do projeto do ambiente construído, o que pode reduzir o risco de quedas e lesões relacionadas à queda. Por exemplo, estudos publicados recentemente ressaltaram a necessidade de mais pesquisas nas áreas de mudanças no nível do piso, escadas, resistência ao deslizamento das superfícies do piso, iluminação e pistas visuais.³² Estudos também demonstraram que o piso com absorção de impacto reduz significativamente o risco de lesões em caso de queda.³³ De outros estratégias para atenuar a força de impacto, como protetores de quadril e treinamento em artes marciais, também podem reduzir o risco de fratura de quadril após uma queda.³⁴ Além disso, alguns estudos de laboratório relataram que o treinamento com deslizamentos repetidos com foco na estabilidade dinâmica e no suporte ao peso pode ser uma intervenção eficaz na redução de quedas após um evento de escorregamento.³⁵ Por fim, medidas para aumentar a força óssea podem levar a um risco reduzido de fratura devido a um evento de queda.³⁶

Outro fator de risco ambiental importante inclui o tipo de calçado utilizado, uma vez que podem afetar a estabilidade postural e, portanto, influenciam a incidência de quedas acidentais.²⁸ Um grande número de idosos tende a usar chinelos enquanto estiverem em casa.³⁷ Em uma revisão sistemática,³⁸ relatou-se que pessoas idosas que usavam chinelos apresentaram um maior risco de quedas em comparação àquelas que andavam descalças ou com sapatos apertados. Andar descalço ou com meias também pode aumentar o risco de cair até 11 vezes quando comparado ao uso de calçados esportivos ou de lona.^{38,39}

O quadro a seguir (Quadro 1) resume os fatores de risco relacionados à queda da pessoa idosa

Quadro 1- Fatores de risco para queda da pessoa idosa

<i>Intrínsecos</i>	<i>Demográficos</i>	<i>Idade</i>
		Gênero Raça
	Sistemas	Marcha e equilíbrio Resistência Visão Cognição
	Sintomas/doenças	Tontura/Vertigem Doenças cardiovasculares Demência Depressão
	Medicamentos	
Extrínsecos	Residência	
	Calçados	

Fonte: adaptado de Ambrose e colaboradores, 2013.²⁹

Ações efetivas para a educação de idosos pelos ACS

Dentro das perspectivas preventivas, as ações de educação em saúde que devem ser amplamente desenvolvidas pelos ACS fazem parte do cotidiano visando desenvolver na população uma nova visão sobre a saúde e doença e assim destacar a importância educativa para a qualidade de vida dessas pessoas. O presente estudo trouxe à luz da reflexão o papel dos ACS por estarem presentes nas residências brasileiras intervindo e construindo novas visões, rotinas e costumes sobre a saúde e a doença e as possibilidades de melhora na qualidade de vida. As dificuldades e restrições da idade avançada estão intimamente relacionadas as problemáticas que envolvem as quedas entre os idosos. Os ACS podem colaborar com a educação e readequação dos ambientes onde os riscos para este evento estão evidentes. Ao longo do tempo, o idoso apresenta uma mudança na sua rotina diária, isto afeta também a família, pois as quedas podem gerar graves consequências físicas e psicológicas, como, por exemplo, lesões, hospitalizações, perda da mobilidade, restrição da atividade, diminuição da capacidade funcional, colocação em asilos, e medo de cair novamente, sendo assim, as quedas representam a causa principal de morte acidental em pessoas idosas.⁴⁰

Desta forma, a educação em saúde tornou-se uma ferramenta importante que colabora na identificação das necessidades específicas da pessoa idosa, pois se trata da conscientização sobre o autocuidado, no qual possibilita o enfermeiro em conhecer o paciente e fazê-lo reconhecer seus

problemas.⁴¹ Neste processo pode-se planejar o cuidado ao idoso juntamente com ele ou com um familiar ou ainda com o cuidador, fazendo-o perceber os fatores que geram preocupação e que podem desencadear as quedas que estão a sua volta. A perda da independência para realizar as atividades de vida diária traz um grande impacto para o idoso após a queda, pois as atividades que conseguiam fazer sem dificuldades, após o evento de queda pode gerar dependência de alguém para realizá-las.⁴⁰ Um estudo anterior enfatizou que, pela perda da funcionalidade e da capacidade de auto cuidar-se, as quedas podem surgir e trazem sequelas que incapacitam muitas vezes o idoso e na maior gravidade levam ao óbito.¹ Pode haver não somente sequelas físicas, mas também emocionais; portanto a detecção e a prevenção se tornam necessárias, especialmente dentro do ambiente onde vive o indivíduo. Também, em relação ao uso racional de medicamentos, propôs-se recentemente uma ação efetiva dos ACS no sentido de orientar quanto aos riscos da automedicação, da incorreta utilização, bem como a interrupção de tratamentos, especialmente em idosos com doenças crônicas.¹¹

Proposta educativa aos idosos - ACS como atores neste cenário

A proposta educativa consta da capacitação dos ACS pelos enfermeiros da ESF de acordo com a divisão de áreas de abrangência. O treinamento esclarecerá aos ACS como deve ser realizada a abordagem aos idosos quanto aos riscos de queda no domicílio sugestões para minimizá-los (Quadro 2)

Quadro 2- Passos para Abordagem ao Idoso no Domicílio pelos ACS

1º) O ACS deve solicitar permissão para entrar no domicílio;
2º) O ACS inicia a abordagem esclarecendo a importância de manter um ambiente doméstico organizado para evitar riscos;
3º) O ACS ressalta a vulnerabilidade que a idade pode trazer pela perda da funcionalidade, diminuição da visão, doenças crônicas, entre outras dificuldades que possam estar presentes conforme cada caso;
4º) O ACS entrega o folder explicativo (Figura 1) e detalhadamente explica o que cada item representa e quais são as sugestões para evitar os riscos de quedas para o idoso ou para familiares e cuidadores;
5º) Ao término da explicação sobre o folder, o ACS questiona os familiares/cuidadores e o(s) idoso(s) se há dúvidas quanto aos riscos e se coloca disponível para esclarecê-las;
6º) Recomenda-se que em cada visita o ACS pergunte sobre as melhorias que o(s) idoso(s) conseguiu(ram) realizar no ambiente e acompanhe os casos de quedas ocorridos após as ações educativas, registrando em seus apontamentos;
7º) Os casos de quedas devem ser mensurados mensalmente pelos enfermeiros da Unidade de Saúde da Família tendo como ferramenta os apontamentos feitos nas visitas dos ACS. Estes dados servirão como indicadores de qualidade da assistência prestada pelos ACS aos idosos e evidenciará a necessidade de acompanhamento e de educação permanente para evitar quedas nos idosos atendidos pelos ACS na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família.

Para evitar que a queda ocorra se faz necessário identificar os fatores de risco locais. Além disso, ter conhecimentos para se realizar correções e adaptações adequadas à planta física do local de moradia bem como ao mobiliário das habitações (Folder explicativo). Sendo assim, a prevenção pode evitar maiores danos e proporcionar

qualidade de vida para aos idosos.⁴ O folder idealizado (Figura 1) foi elaborado com base em um documento do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) do Ministério da Saúde.¹³ Esse folder de apoio com informações educativas deverá ser oferecido no momento da abordagem ao idoso pelos ACS.

ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO



**O QUE FAZER PRA NÃO CAIR
DENTRO DE CASA**
Atenção!!
Previna Quedas!!



Fonte:

Estratégias de redução de múltiplos fatores de risco de queda

Espaço: oferecem risco os objetos escorregadios espalhados pela casa.



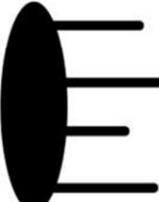
Tapetes: preferência remover se não forem antiderrapantes.



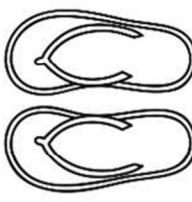
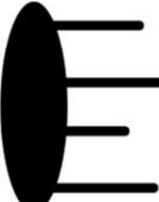
Não deixe extensões cruzarem o seu caminho;
Deixe sempre o caminho livre de obstáculos



Móveis: disposição inadequada atrapalha a sua locomoção e, quando instáveis, não servem como apoio



Mesas de canto e de alimentação devem ser arredondadas.
Cadeiras devem permitir o alcance dos pés no chão



Iluminação: ambientes mal iluminados favorecem a ocorrência de quedas
Cores: ambientes muito escuros aumentam a chance de quedas.



Calçados:

- Use sapatos com sola antiderrapante
- Amarre o cadarço do seu calçado
- Substitua chinelos deformados ou muito frouxos
- Use uma calçadeira ou sente-se para colocar seu sapato
- Evite sapatos altos e com sola lisa;
- Nunca ande só de meias

Banheiros e escadas:

- Elimine de sua casa tudo que possa provocar escorregões
- Instale suportes, corrimão e outros acessórios de segurança



Figura 1- Folder explicativo para orientação dos idosos

Conclusões

Com base no exposto pode-se concluir que a ocorrência de quedas em idosos e suas consequências são uma realidade no Brasil, sendo que estão sendo desenvolvidas políticas públicas de saúde para este grupo populacional. Diante das necessidades de reconhecimento dos idosos sobre os riscos existentes no próprio ambiente em que vivem, a realização de ações educativas pelos ACS no sentido de facilitar o entendimento desta população é

de fundamental importância. Estes profissionais estão diretamente convivendo com as necessidades desta população e desta forma estabelecem vínculos de confiança com os idosos atendidos. Uma vez que os ACS sejam capacitados pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família e utilizando-se da presente proposta educativa, espera-se que os riscos de quedas dos idosos sejam evitadas ou minimizadas por meio de pequenas ações e modificações nos cenários de riscos, propiciando mais segurança no ambiente doméstico.

Referências

- Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Elet. Enferm.* 2009;11(1):32-8.
- Brasil. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS Brasília Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.
- Miranda RV, Mota VP, Borges MC. Quedas em idosos: identificando de risco e meios de prevenção. *Rev. Enferm. Integrada.* 2010;3(1):453-64.
- Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17:723-30. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300019.
- Paula Júnior NF, Santos SMA. Epidemiologia do evento queda em idoso: traçado histórico entre os anos de 2003 e 2012. *Rev. Mineira Enferm.* 2015;19(4):994-1004. DOI: 10.5935/1415-2762.20150075.
- Bolton L. Preventing Fall Injury. *Wounds.* 2019;31(10):269-71.
- Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti MLT, Melo RC. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. gerontol.* 2014;17(3):637-45. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13087.
- Barros IFO, Pereira MB, Weiller TH, Anversa ETR. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev. Kairós.* 2015;18(4):18. DOI: 10.23925/2176-901X.2015v18i4p63-80.
- Stevens JA, Burns ER. A CDC Compendium of effective fall interventions: what works for community-dwelling older adults. 3 ed. Atlanta, 2015.
- Polassi MR, Maia MHM, Tomaz PLS, Oliveira TS, D'Alpino PHP. Uso de plataformas integradoras de ferramentas tecnológicas e pedagógicas em ambiente virtual de aprendizagem em profissões de saúde. *Rev. Ens. Edu. Cienc. Human.* 2018;19(2):168-76. DOI: 10.17921/2447-8733.2018v19n2p168-176.
- Castro AEA, Gonçalves ID, González AHM, D'Alpino PHP. Educação em saúde de agentes comunitários de saúde para promoção do uso racional de medicamentos. *Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.* 2019;20(3):254-9. DOI: 10.17921/2447-8733.2019v20n3p254-259.
- Brasil. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>.
- Brasil. Como reduzir quedas no idoso Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; 2018. Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/lista-dicas-dos-especialistas/186-quedas-e-inflamacoes/272-como-reduzir-quedas-no-idoso>.
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2007;55(5):780-91. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.
- Rubenstein LZ. Preventing falls in the nursing home. *Jama.* 1997 20;278(7):595-6. DOI: 10.1001/jama.1997.03550070087045.
- Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *Jama.* 2007;297(1):77-86. DOI: 10.1001/jama.297.1.77.
- Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *Jama.* 2010 20;303(3):258-66. DOI: 10.1001/jama.2009.2024.

18. Spoelstra SL, Given BA, Given CW. Fall prevention in hospitals: an integrative review. *Clin. Nurs. Res.* 2012;21(1):92-112. DOI: 10.1177/1054773811418106.
19. Callis N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Appl. Nurs. Res.* 2016;29:53-8. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.05.007.
20. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Barrero-Sojo S, Perez-Jimenez C, Morales-Fernandez A, et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv. Res.* 2013;13:122. DOI: 10.1186/1472-6963-13-122.
21. Hamra A, Ribeiro MB, Miguel OF. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta ortop. bras.* 2007;15(3):143-5. DOI: 10.1590/S1413-78522007000300004.
22. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;(9):CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
23. Balzer K, Bremer M, Schramm S, Luhmann D, Raspe H. Falls prevention for the elderly. *GMS Health Technol. Assess.* 2012;8:Doc01. DOI: 10.3205/hta000099.
24. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(4):1369-80. DOI: 10.1590/1413-81232018244.01222019.
25. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015;20(12):3787-96. DOI: 10.1590/1413-812320152012.07622014.
26. Brasil. Portaria n.º 2.488 Brasília: Gabinete do Ministro; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
27. Brasil. Portaria n.º 2.436 Brasília: Gabinete do Ministro; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
28. Menz HB, Morris ME, Lord SR. Footwear characteristics and risk of indoor and outdoor falls in older people. *Gerontology.* 2006;52(3):174-80. DOI: 10.1159/000091827.
29. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas.* 2013;75(1):51-61. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009.
30. Panel on Prevention of Falls in Older Persons AGS, British Geriatrics S. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2011;59(1):148-57. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
31. Verma SK, Willetts JL, Corns HL, Marucci-Wellman HR, Lombardi DA, Courtney TK. Falls and Fall-Related Injuries among Community-Dwelling Adults in the United States. *PloS one.* 2016;11(3):e0150939. DOI: 10.1371/journal.pone.0150939.
32. Cohen HH, Sloan GD. The science behind codes and standards for safe pedestrian walkways: lighting and visual cues. *Appl. Ergon.* 2016;52:112-9. DOI: 10.1016/j.apergo.2015.07.002.
33. Gustavsson J, Bonander C, Andersson R, Nilson F. Investigating the fall-injury reducing effect of impact absorbing flooring among female nursing home residents: initial results. *Inj. Prev.* 2015;21(5):320-4. DOI: 10.1136/injuryprev-2014-041468.
34. Santesso N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;(3):CD001255. DOI: 10.1002/14651858.CD001255.pub5.
35. Pai YC, Bhatt TS. Repeated-slip training: an emerging paradigm for prevention of slip-related falls among older adults. *Phys. Ther.* 2007;87(11):1478-91. DOI: 10.2522/ptj.20060326.
36. Howe TE, Shea B, Dawson LJ, Downie F, Murray A, Ross C, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011;(7):CD000333. DOI: 10.1002/14651858.CD000333.pub2.
37. Koepsell TD, Wolf ME, Buchner DM, Kukull WA, LaCroix AZ, Tencer AF, et al. Footwear style and risk of falls in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2004;52(9):1495-501. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52412.x.
38. Menant JC, Steele JR, Menz HB, Munro BJ, Lord SR. Optimizing footwear for older people at risk of falls. *J. Rehabil. Res. Dev.* 2008;45(8):1167-81. DOI: 10.1682/JRRD.2007.10.0168.
39. Tencer AF, Koepsell TD, Wolf ME, Frankenfeld CL, Buchner DM, Kukull WA, et al. Biomechanical properties of shoes and risk of falls in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2004;52(11):1840-6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52507.x.
40. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. gerontol.* 2014;17(1):201-9. DOI: 10.1590/S1809-98232014000100019.
41. Chaves ECL, Cordeiro LAM, Goyatá SLT, Godinho MLSC, Meirelles VC, Nascimento AM. Identificação do diagnóstico risco de quedas em idosos atendidos pelo programa de atenção ao idoso. *Rev. Enf. UFPE.* 2011;5(10):2507-14. DOI: 10.5205/reuol.2133-15571-1-LE.0510201123.