

Evidências sobre a Educação em Saúde a idosos que vivenciaram quedas

*Evidence about Health Education for elderly who lived
the falls*

*Evidencias sobre la Educación en Salud a ancianos que
experimentaron caídas*

Caren da Silva Jacobi
Margrid Beuter
Jamile Laís Brunisma
Eliane Raquel Rieth Benetti
Viviane Segabinazzi Saldanha
Carolina Backes

RESUMO: Identificar evidências científicas sobre fatores que potencializam e limitam a educação em saúde ao idoso que vivenciou uma queda é o objetivo deste estudo. Revisão integrativa realizada nas bases de dados PubMed e LILACS em maio de 2015, selecionando-se 15 artigos. Evidenciaram-se fatores que potencializam a educação em saúde a idosos que caíram, como construção de vínculo e a habilidade dos profissionais e fatores que limitam esse processo, como a falta de conhecimento deles sobre quedas, brevidade nas orientações e aspectos relacionados ao idoso.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Idoso; Acidentes por quedas; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT: *Identifying scientific evidence on factors that potentiate and limit health education for the elderly experiencing a fall is the goal of this study. Integrative review conducted in the PubMed and LILACS databases in May 2015, selecting 15 articles. Evident factors that enhance health education to elderly who fell, as bond construction and the ability of professionals, and factors that limit this process, as their lack of knowledge about falls, shortness of orientation and aspects related to the elderly.*

Keywords: *Health education; Aged; Accidental falls; Geriatric nursing.*

RESUMEN: *Identificar evidencias científicas sobre factores que potencializan y limitan la educación en salud al anciano que vivenció una caída es el objetivo de este estudio. Revisión integrativa realizada en las bases de datos PubMed y LILACS en mayo de 2015, seleccionando 15 artículos. Se evidenció factores que potencian la educación en salud a ancianos que cayeron, como construcción de vínculo y la habilidad de los profesionales y factores que limitan ese proceso, como la falta de conocimiento de ellos sobre caídas, brevedad en las orientaciones y aspectos relacionados al anciano.*

Palabras clave: *Educación en Salud; Personas de edad avanzada; Accidentes por caídas; Enfermería Geriátrica.*

Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno que vem ocorrendo nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido às melhorias nas condições de vida e saúde, como os avanços na prevenção e tratamento de doenças. No Brasil, a população com mais de 60 anos de idade já representa aproximadamente 13% da população geral (IBGE, 2015). O processo de envelhecimento pode trazer limitações funcionais e cognitivas, o que representa prejuízo à saúde mental e física dos idosos (Vancarenghi, *et al.*, 2011).

A velhice está associada à maior incidência de quedas, as quais são consideradas uma das principais causas de morbidade entre os idosos (Pinho, *et al.*, 2012). Pelo menos 30% dos idosos com mais de 65 anos caem a cada ano, o que revela um problema de saúde pública, especialmente quando resultam em fraturas de quadril (Pinho, *et al.*, 2012).

Em muitas situações, a queda ocasiona perda da autonomia e da independência da pessoa que vivenciou fratura de fêmur proximal. Esse tipo de fratura é responsável pelo maior número de internações de idosos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), e está também relacionada às causas mais relevantes de morbimortalidade, principalmente em pacientes acima de 80 anos (Maia, Viana, Arantes, & Alencar, 2011).

O risco de queda pode ser associado a dois fatores: os intrínsecos, decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, por doenças e efeitos de medicamentos; e os extrínsecos, que são as circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso (Silva, Lopes, Mazzer, & Trelha, 2014). A maioria das quedas em idosos acontecem devido a fatores extrínsecos, como a queda da própria altura. Esse motivo está relacionado a problemas com o ambiente, como piso escorregadio, objetos no chão, subir em móveis para alcançar algo, queda da cama, problemas com degraus, entre outros (Abrantes, *et al.*, 2013).

Diante da hospitalização de idosos por fratura de fêmur, e tendo em vista as repercussões biopsicossociais causadas pelas quedas, busca-se melhorar a qualidade da assistência. Para tal, é necessário conhecer os fatores de risco a que o idoso está exposto, com o intuito de minimizar as complicações provocadas por esse evento. Além disso, as quedas levam ao medo de cair novamente e à diminuição de mobilidade, além de influenciar na participação social e na qualidade de vida (Comans, Brauer, & Haines, 2010).

Nesse sentido, o enfermeiro pode formular um plano de cuidados ao idoso que vivenciou queda, a fim de facilitar a realização de cuidados, tanto no ambiente hospitalar quanto no domicílio, por meio do diálogo com os familiares sobre os cuidados ao idoso que caiu.

Diante do número crescente de idosos hospitalizados e do caráter debilitante das quedas, busca-se, com este estudo, identificar as evidências científicas acerca dos fatores que potencializam e limitam a educação em saúde ao idoso que vivenciou uma queda.

Método

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo integrativa, o qual objetiva reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca de um tema ou questão definida, de forma sistemática e ordenada, auxiliando para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Para guiar a realização do estudo, seguiram-se os seis passos da revisão integrativa (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Na primeira etapa ocorreu a identificação do tema e a construção da questão de pesquisa para revisão, a saber: “quais os fatores que influenciam na educação em saúde ao idoso após a queda?”.

Na segunda etapa, estabeleceram-se os critérios de inclusão, quais sejam: artigos de pesquisa na temática publicados a partir de 2007, nos idiomas inglês, português ou espanhol, disponíveis na íntegra on-line gratuitamente ou no portal CAPES. Foram excluídos artigos em que os participantes não haviam vivenciado quedas, aqueles que abordavam as quedas no ambiente hospitalar, e publicações sem resumo nas bases de dados ou incompletos.

A busca foi realizada em maio de 2015, na base eletrônica de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “educação em saúde” and “idoso” and “acidentes por quedas”; e na base Public MEDLINE (PubMed) usando os *Medical Subject Headings* (MeSH Terms) “surgery” and “elderly” and “accidental fall” or “accidental falls” and “health education”. Utilizaram-se, nas duas bases de dados, o recorte temporal de 2007 a 2014, incluindo pesquisas realizadas após a publicação, em 2007, do relatório global sobre a prevenção de quedas na velhice pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nas Figura 1 e 2, descrevem-se os fluxogramas de seleção dos estudos nas bases de dados.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos na LILACS, Santa Maria, RS, Brasil, 2015

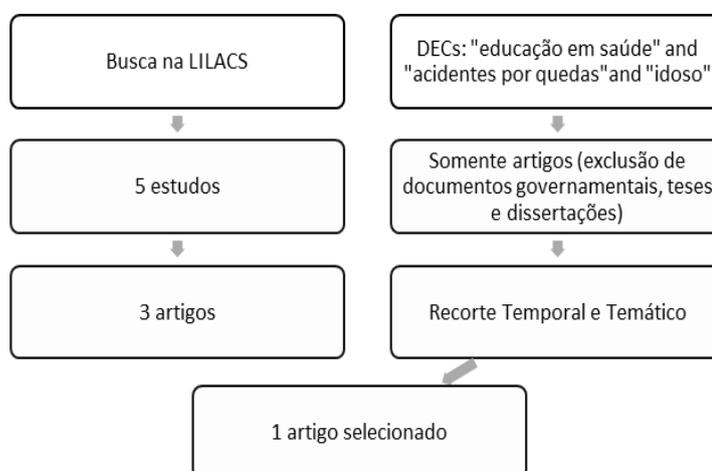


Figura 2 - Fluxograma de seleção de estudos na PubMed, Santa Maria, RS, Brasil 2015



A terceira etapa compreendeu a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Nesta fase os trabalhos selecionados (Quadro1) foram colocados em um quadro sinóptico que contém as informações de referência, profissão dos autores, objetivo, método, participantes, local do estudo, principais resultados e conclusões (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Quadro 1 - Artigos selecionados para pesquisa, Santa Maria, RS, Brasil, 2017

Referências
Comans, T. A., Brauer S. G., & Haines T. P. (2010). Randomized trial of domiciliary versus center-based rehabilitation: which is more effective in reducing falls and improving quality of life in older fallers? <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 65(6), 672-679.
Heung, M., Adamowski, T., Segal, J. H., & Malani, P. N. (2010). A successful approach to fall prevention in an outpatient hemodialysis center. <i>Clin J Am Soc Nephrol</i> , 5(10), 1775-1779.
Elley, C. R., Robertson, M. C., Kerse, N. M., Garrett, S., McKinlay, E., Lawton, B., <i>et al.</i> (2007). Falls Assessment Clinical Trial (FACT): design, interventions, recruitment strategies and participant characteristics. <i>BMC Public Health</i> , 29(7), 185.
Dorresteijn, T. A., Rixt Zijlstra, G. A., Van Haastregt, J. C., Vlaeyen, J. W., & Kempen, G. I. (2013). Feasibility of a nurse-led in-home cognitive behavioral program to manage concerns about falls in frail older people: a process evaluation. <i>Res Nurs Health</i> , 36(3), 257-270.

Jones, T. S., Ghosh, T. S., Horn, K., Smith, J., & Vogt, R. L. (2011). Primary care physicians perceptions and practices regarding fall prevention in adult's 65 years and over. <i>Accid Anal Prev</i> , 43(5), 1605-1609.
Hansma A. H., Emmelot-Vonk M. H., & Verhaar H. J. (2010). Reduction in falling after a falls-assessment. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 50(1), 73-76.
Blalock, S. J., Casteel, C., Roth, M. T., Ferreri, S., Demby, K.B., & Shankar, V. (2010). Impact of enhanced pharmacologic care on the prevention of falls: a randomized controlled trial. <i>The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy</i> , 8(5), 428-440.
Joester, J., Vogler, C. M., Chang, K., & Hilmer, S. N. (2010). Hypnosedative use and predictors of successful withdrawal in new patients attending a falls clinic: a retrospective, cohort study. <i>Drugs Aging</i> , 27(11), 915-924.
Arai, T., Obuchi, S., Inaba, Y., Nagasawa, H., Shiba, Y., Watanabe, S., <i>et al.</i> (2007). The effects of short-term exercise intervention on falls self-efficacy and the relationship between changes in physical function and falls self-efficacy in Japanese older people: a randomized controlled trial. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> , 86(2), 133-141. Recuperado em 19 abril, 2016, de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17251695 .
Hill, K. D., Moore, K. J., Dorevitch, M. I., & Day, L. M. (2008). Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 56(4), 600-608. Recuperado em 25 junho, 2016, de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18266663 .
Clarke, H. D., Timm, V. L., Goldberg, B. R., & Hatrup, S. J. (2012). Preoperative patient education reduces in-hospital falls after total knee arthroplasty. <i>Clin Orthop Relat Res</i> , 470(1), 244-249.
Jang, S. N., Cho, S. I., Oh, S. W., Lee, E. S., & Baik, H. W. (2007). Time since falling and fear of falling among community-dwelling elderly. <i>Int Psychogeriatr</i> , 19(6), 1072-1083.
Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Mcalister, F. A., Bellerose, D., Russell, A. S., Hanley, D. A., <i>et al.</i> (2008). Multifaceted intervention to improve diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with recent wrist fracture: a randomized controlled trial. <i>CMAJ</i> , 178(5), 569-575.
Murphy, T. E., Tinetti, M. E., & Allore, H. G. (2008). Hierarchical models to evaluate translational research: Connecticut collaboration for fall prevention. <i>Contemporary Clinical Trials</i> , 29(3), 343-350.
Lopes, M. C. L., Violin, M. R., Lavagnoli, A. P., & Marcon, S. S. (2007). Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. <i>Cogitare Enferm</i> , 12(4), 472-477.

Fonte: elaboração própria dos autores, 2015

Na quarta etapa realizou-se a análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa (Tabela 1). Essa análise possibilitou a avaliação da qualidade das evidências por meio dos sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Os artigos selecionados foram classificados em: nível dois, que inclui ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível quatro, que apresenta evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; e nível seis, que compreende as evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2005).

Na quinta etapa, ocorreu a análise descritiva dos resultados dos estudos selecionados e, na sexta, a apresentação e a discussão dos fatores que potencializam e limitam a educação em saúde a idosos que vivenciaram quedas.

Resultados e discussão

A partir da análise dos estudos, identificaram-se os fatores que potencializam e os que limitam a educação em saúde a idosos que vivenciaram quedas. A caracterização dos estudos está descrita na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Caracterização dos Estudos da Revisão Integrativa quanto ao local de estudo, ano de publicação, delineamento de pesquisa, área do conhecimento e nível de evidência, Santa Maria, RS, Brasil, 2015

Local do estudo	N	%
Estados Unidos da América	5	33,2
Austrália	3	20
Holanda	2	13,3
Brasil	1	6,7
Canadá	1	6,7
Coreia	1	6,7
Nova Zelândia	1	6,7
Japão	1	6,7
Ano de Publicação		
2007	5	33,3
2008	2	13,3
2010	5	33,3
2011	1	6,7
2012	1	6,7
2013	1	6,7

Delineamento da pesquisa		
Quantitativa	9	60
Qualitativa	3	20
Quali-quantitativa	3	20
Área do conhecimento		
Medicina	9	60
Enfermagem	2	13,3
Fisioterapia	2	13,3
Educação Física	1	6,7
Farmácia	1	6,7
Nível de Evidência		
Nível 2	4	26,7
Nível 4	7	46,6
Nível 6	4	26,7

Fonte: elaboração própria, 2015

A partir da tabela 1, nota-se que os EUA são os que mais produzem sobre educação em saúde e quedas (33,2%). Acredita-se que os países desenvolvidos pensaram nessa estratégia frente ao aumento do contingente de idosos, que, nesses locais, vem ocorrendo há muitos anos. Já o Brasil, que atualmente vivencia essa realidade, não se preparou para a longevidade e seus estudos nessa área ainda são jovens (6,7%).

Quanto ao ano de publicação, é preocupante perceber que pesquisas com idosos que vivenciaram quedas estão diminuindo, sendo que esse acometimento vem aumentando. Embora o processo de educação em saúde seja inerente à enfermagem, é a medicina que mais pesquisa esse tópico (60%), apontando para uma lacuna na produção da enfermagem (13,3%).

As pesquisas quantitativas são predominantes (60%); entretanto, aponta-se que a educação em saúde é um assunto subjetivo e que necessita ser abordado também com olhar qualitativo. Isso se confirma quando se analisa o nível de evidência dos estudos, que retrata menor frequência do nível de evidência seis (26,7%), o qual trata de pesquisas qualitativas.

Fatores que potencializam a educação em saúde a idosos que vivenciaram quedas

A partir dos resultados de estudo evidencia-se que a educação em saúde deveria ser realizada por pessoas que estão na assistência direta ao paciente (Heung, *et al.*, 2010), e essas ações, quando compartilhadas pessoalmente, mostram maior efetividade (Elley, *et al.*, 2007).

As intervenções podem variar entre a identificação das circunstâncias em que ocorreram a queda, como o ambiente e a osteoporose, encaminhamentos para serviços de referência ou visitas no domicílio nas primeiras semanas após a queda com a avaliação da enfermeira (Elley, *et al.*, 2007).

Para compreender os fatos, é recomendável que o serviço de saúde elabore um relatório das informações sobre o incidente e monitore o idoso. Isso facilita a atuação de outros profissionais que poderão se envolver na educação em saúde (Heung, *et al.*, 2010). Também é importante que, em cada visita domiciliar, dialogue-se sobre quedas com o idoso, formulando possíveis intervenções, além de considerar um tempo extra para estabelecer confiança entre profissional e idoso e supervisionar sua marcha. Na residência, podem-se utilizar técnicas de participação ativa do idoso, como o uso de DVDs, resolução de problemas e conversas motivacionais (Dorresteijn, *et al.*, 2013).

A visita domiciliar possibilita ao profissional de saúde avaliar o ambiente e identificar aspectos que podem ser instantaneamente modificáveis e outros que precisarão de tempo e investimento econômico (Jones, *et al.*, 2011; Lopes, *et al.*, 2007). Os fatores que desencadeiam as quedas podem ser eliminados do ambiente domiciliar por meio de adaptações na residência e mudanças de hábitos do idoso e família, considerando-as como parte do processo de promoção do bem-estar. As quedas ocorrem geralmente no banheiro, cozinha e quarto, e os idosos, reconhecem que a presença do piso molhado ou de tapetes pode ter ocasionado a queda (Lopes, *et al.*, 2007; Hill, Hoffmann, & Haines, 2013). Assim, aponta-se a importância das orientações incluírem questões para evitar novas quedas, como o ambiente bem iluminado, corrimãos, sapatos de borracha, degraus antiderrapantes, mobília firme para facilitar deambulação, cuidados para a prevenção de osteoporose, dentre outras orientações.

Evidências mostram que pacientes que recebem informações, seja pelo telefone ou por um farmacêutico, sobre medicações que aumentam o risco de novas quedas, aderem às orientações de redução das doses desses fármacos (Hansma, Emmelot-Vonk, & Verhaar, 2010; Blalock, *et al.*, 2010; Joester, *et al.*, 2010). O aconselhamento realizado por telefone pode integrar informações sobre a participação em programa de exercícios e uso de dispositivos para auxílio da marcha (Hansma, Emmelot-Vonk, & Verhaar, 2010; Dorresteijn, *et al.*, 2013).

Esse tipo de intervenção mostrou-se significativo na redução da ocorrência de quedas após um ano das orientações (Hansma, Emmelot-Vonk, & Verhaar, 2010), o que revela as possibilidades de realizar intervenções na vida daqueles que vivenciaram quedas por meio do acompanhamento. Nesse ínterim, salienta-se que, quando a equipe de saúde soma esforços educacionais, há uma redução significativa na incidência de quedas (Heung, *et al.*, 2010).

A aplicação de instrumentos pode auxiliar na identificação de fatores que demandam estratégias de intervenção (Arai, *et al.*, 2007; Hill, Moore, Dorevitch, & Day, 2008), como também deveria ser aplicado nas primeiras doze horas após as quedas (Clarke, *et al.*, 2012). Um destes instrumentos é o *Fall Efficacy Scale* que avalia atividades essenciais para viver de forma independente, como limpar a casa, vestir-se, caminhar pela vizinhança, responder ao telefone, subir e descer escadas, dentre outros. A partir disso, pode-se estabelecer um programa de educação em saúde, como discussões sobre a função cognitiva no envelhecimento, prevenção de quedas e treinamentos de resistência (Arai, *et al.*, 2007; Hill, Moore, Dorevitch, & Day, 2008).

Diversas são as variáveis que os instrumentos podem avaliar, como a ocorrência prévia de quedas, função física, força, equilíbrio, mobilidade, velocidade, número de medicamentos e hipotensão postural. A partir da identificação dessas variáveis, intervenções podem ser realizadas, como: visita domiciliar para modificações na residência, programa de exercícios em casa, contratação de cuidador, encaminhamento para consulta médica e hospital dia, grupo de exercícios, auxílio para a mudança da marcha, modificação dos sapatos, uso de protetor de quadril, redução da medicação e modificação nos comportamentos de risco. A identificação de fatores de risco e de intervenções para modificá-los possibilitou uma redução de 50% das quedas em seis meses. A aderência às intervenções foi de 74,3% (Hill, Moore, Dorevitch, & Day, 2008).

O medo de cair novamente pode atuar como fator protetor a novas quedas quando ele é moderado, ou seja, quando o idoso adapta suas ações visando a prevenir outras quedas (Jang, *et al.*, 2007). Neste contexto, entende-se que explicar ao idoso as complicações após cair, os riscos oferecidos, podem levá-lo a sentir receio em ter comportamentos de risco.

Para que as ações educativas sejam efetivas, é necessário instrumentalizar os profissionais que irão realizar visitas domiciliares aos idosos (Majumdar, *et al.*, 2008), sendo preferencialmente enfermeiros geriatras (Dorresteijn, *et al.*, 2013).

Eles precisam utilizar diretrizes de tratamento baseadas em evidências científicas (Majumdar, *et al.*, 2008), conhecer os fatores causadores das quedas, seus agravos e formas de estabelecer uma relação dialógica entre enfermeiros, idosos e seus familiares (Lopes, *et al.*, 2007).

Os enfermeiros veem a educação em saúde, em sua prática, por meio de orientações que oferecem para a alta hospitalar. Eles reconhecem como fatores necessários para a realização da educação em saúde o conhecimento, a competência, a responsabilidade, a dedicação e o comprometimento. Sentem satisfação quando os pacientes apresentam melhora da saúde e qualidade de vida após receberem sugestões (Rigon, 2011).

Outro fator potencializador da educação em saúde é quando ela se torna obrigatoriedade institucional, como verificado em estudo que analisou pacientes que receberam e que não receberam orientações pré-operatórias para cirurgias eletivas de joelho (Dorresteyjn, *et al.*, 2013). Entre um grupo formado por 172 pacientes que não receberam orientações de enfermeiros, sete caíram; e, dos 72 que formaram o grupo que recebeu orientações, nenhum caiu após a cirurgia. Neste processo, foi entregue uma folha com lembretes das orientações e realizado um fechamento, a fim de lembrar os cuidados de como levantar da cama, utilizar o andador e evitar quedas (Clarke, *et al.*, 2012).

Dentre os pacientes que sofreram fratura, os que receberam informações são mais aderentes aos cuidados, quando comparados aqueles que não receberam orientações, no sentido de retornar ao serviço de saúde, investigar a osteoporose, o *status* de saúde e a satisfação com os cuidados (Majumdar, *et al.*, 2008). Idosos que procuram atendimento de saúde devido à queda e que foram atendidos, em algum momento anterior à queda, por profissionais que passaram por estratégias de mudança de comportamento na prestação de cuidados, podem apresentar menos lesões decorrentes da queda do que aqueles que receberam cuidados em condições usuais de atendimento (Murphy, Tinetti, & Allore, 2008).

Evidenciou-se que a educação em saúde ao idoso que vivenciou quedas é potencializada, quando é construída diretamente com ele, seja por telefone ou no domicílio, o que facilita a participação ativa do idoso e aplicação de instrumentos que identifiquem riscos de quedas. Ainda, considera-se relevante a educação permanente de todos os profissionais que desenvolvem ações de educação em saúde, para assim, efetivar resultados positivos.

Fatores que limitam a educação em saúde a idosos que vivenciaram quedas

Dentre os fatores que dificultam as intervenções após a queda estão a falta de informações dos idosos sobre osteoporose e fragilidade e a realização de educação em saúde por um período muito curto (Arai, *et al.*, 2007; Jones, *et al.*, 2011). Após a entrega de panfletos alertando para o risco de quedas, os idosos apresentaram uma taxa de 52% de novas quedas, demonstrando menor efetividade dessa estratégia quando comparada à visita pessoal (Dorresteijn, *et al.*, 2013). As alterações naturais do envelhecimento podem levar a dificuldades de locomoção (Dorresteijn, *et al.*, 2013).

Além disso, quando o idoso sofre a queda, ele tem redução da função física e utiliza diversos medicamentos (Elley, *et al.*, 2007). Assim, salienta-se a importância de ações de educação em saúde na residência dos idosos, já que estes fatores podem dificultar o transporte até a instituição de saúde (Comans, Brauer, & Haines, 2010).

Também, a baixa aderência ao uso de protetores de quadril, ao encaminhamento para serviços de psicologia e a indicação de exercícios físicos, dificultam a efetividade das intervenções com idosos (Hill, Moore, Dorevitch, & Day, 2008). Alguns pacientes justificam que a prática de exercícios consumiria seu tempo livre ou que as doenças que possuem o fazem desistir de mudar a rotina (Comans, Brauer, & Haines, 2010), o que revela resistência dos idosos em participar de ações de intervenção (Comans, Brauer, & Haines, 2010).

Outro fator que limita as ações de educação em saúde é o medo de cair novamente, o qual também interfere na recuperação do idoso (Jang, *et al.*, 2007; Lopes, *et al.*, 2007). Nesse aspecto, sabe-se que aqueles que caem têm quatro vezes mais receio de cair do que os que não caíram, e cinco vezes mais chance de restringir suas atividades. O temor de cair permanece cerca de dois anos após a queda, mas se reduz à medida que o tempo passa. Dos 732 idosos que vivenciaram queda, 489 tinham medo de cair novamente e, destes, 194 restringiam suas atividades de vida diária devido ao receio. As idosas que moram sozinhas tiveram uma frequência de temor de cair elevada (Jang, *et al.*, 2007).

Estudo (Hill, *et al.*, 2008) afirma que os idosos homens, que têm cuidador e cerca de 65 anos apresentam maior aderência aos cuidados propostos para evitar novas quedas. A falta de motivação para realizar os cuidados e evitar quedas interfere no resultado das intervenções com os idosos (Dorresteijn, *et al.*, 2013).

Alguns idosos apresentam comprometimento cognitivo, o que reduz a eficácia das intervenções (Dorresteijn, *et al.*, 2013) e, por vezes, exige o uso de medicamentos. A redução no risco de quedas por meio da diminuição ou suspensão das doses de benzodiazepínicos é inviável quando o idoso está tratando um problema em curso, o que limita a continuidade da ação de educação em saúde (Joester, *et al.*, 2010).

A modificação do ambiente domiciliar é uma questão a ser negociada com os idosos resistentes em remover objetos que ofereçam risco a quedas. Essas orientações recebidas para prevenir novas quedas têm associação com a ocorrência delas seis meses após a alta hospitalar, sendo que 41 de 138 idosos hospitalizados, retornaram ao hospital devido à queda por aversão às modificações sugeridas (Hill, Hoffmann, & Haines, 2013). Esse resultado possibilita inferir que as informações recebidas não reduzem as quedas após a alta, mostrando a necessidade de auxílio de profissionais no pós-operatório por meio de exercícios adequados e conscientização da necessidade de mudanças (Hill, Hoffmann, & Haines, 2013).

Alguns idosos estão mais propícios a quedas, como é o caso dos que possuem catarata ou realizam hemodiálise, pois podem apresentar neuropatias, perturbações da visão e hipotensão postural após a diálise (Heung, *et al.*, 2010). A dificuldade na audição de idosos indicam que as orientações por telefone devem ser breves (Dorresteijn, *et al.*, 2013). Essas alterações em órgãos sensoriais revelam a necessidade de adaptações na educação em saúde para essa população específica.

O ambiente físico da instituição onde o profissional orienta os idosos precisa estar em concordância com o conteúdo do diálogo, o que muitas vezes não ocorre (Heung, *et al.*, 2010). Raros são os estabelecimentos de saúde que têm sua estrutura física preparada para atender um idoso, com as adaptações necessárias para reduzir o risco de novas quedas. Além das adequações, a instituição deveria oferecer subsídios materiais para a reabilitação do idoso que sofreu queda.

A carência de conhecimento dos profissionais da saúde influencia na demora em perceber a demanda de avaliação para o risco e em utilizar recursos para prevenção de quedas. Alguns médicos dialogam com os pacientes sobre quedas somente quando solicitados. Diante disso, há necessidade de esses profissionais se instruírem sobre a prevenção de quedas, a fim de garantir condições para a educação em saúde (Jones, *et al.*, 2011).

A disponibilidade de enfermeiros para dialogar com pacientes idosos implica em gastos que pesam nas instituições, uma vez que as orientações duram de 15 a 30 minutos e em uma unidade cirúrgica, na qual a demanda de cuidados é elevada (Clarke, *et al.*, 2012).

Pensa-se que a relação custo-benefício compense os gastos com o tempo investido na educação em saúde, sendo uma necessidade a ser avaliada pela instituição e enfermeiros.

A educação em saúde enfrenta dificuldades na articulação de saberes teóricos à prática dos profissionais de saúde (Hermida, Marçal, Ebsen, Heidemann, & Meirelles, 2016). O entendimento desse processo tem sua origem nas concepções socioculturais da família e na escola, ganhando maturidade e experiência no exercício da enfermagem (Rigon, 2011). Entende-se que a maneira de ver o mundo, as pessoas, e de agir, é influenciada pelos princípios que se modificam e se consolidam no decorrer na vida acadêmica e profissional. Para tanto, os enfermeiros necessitam compreender a educação em saúde no ambiente hospitalar como uma ferramenta para recuperação e promoção da saúde, que deve ser valorizada pelos profissionais e pela instituição (Rigon, 2011).

Conclusão

Os resultados evidenciam que, dentro dos fatores que potencializam a educação em saúde, está a construção de um vínculo com o idoso que vivenciou quedas, por meio da assistência direta, seja na internação hospitalar ou no âmbito domiciliar. Essa forma de contato facilita a participação ativa do idoso no processo de educação em saúde, além de possibilitar ao profissional de saúde a utilização de instrumentos na identificação de risco e avaliar atividades do idoso, equilíbrio, mobilidade, dentre outros. Quando realizada no domicílio, a educação em saúde viabiliza o levantamento de causas e a formulação de adaptações específicas às necessidades do idoso.

A habilidade dos profissionais em realizar a educação em saúde pode atuar como fator potencializador desse processo quando a exigência dessas ações é uma norma institucional. O conhecimento sobre a ação das medicações que levam ao risco de quedas possibilita a modificação no uso de fármacos. Além disso, os profissionais precisam utilizar-se do medo de cair novamente como um fator protetor para novas quedas.

No que tange aos fatores que limitam a educação em saúde está a falta de informação dos profissionais de saúde e também dos idosos com relação ao risco de novas quedas. Esse déficit pode ser uma das causas à baixa adesão às recomendações para a realização de exercícios, uso de protetores de quadril e adaptações na residência.

O efeito das orientações realizadas em um curto período de tempo, por meio de panfletos autoexplicativos e fora da residência do idoso, restringem o resultado da educação em saúde. O idoso pode apresentar dificuldade de locomoção para deslocar-se ao serviço de saúde onde receberia as informações adequadas. Assim, nota-se que somente a entrega de *folders* sem a disponibilidade do profissional para o diálogo não garante o entendimento das informações impressas, pois o idoso pode apresentar comprometimento cognitivo ou diminuição da visão.

O medo de cair novamente, residir sozinho, e o ambiente físico do hospital, não adaptado às necessidades de reabilitação, propiciam a redução da efetividade da educação em saúde, pois as informações oferecidas deveriam estar de acordo com as observadas pelo idoso.

Diante dos fatores identificados neste trabalho, infere-se que a educação em saúde deve ser realizada diretamente com idosos e familiares. Os profissionais, em especial, os enfermeiros, precisam qualificar-se para atender essa demanda e, assim, elaborar um plano de cuidados específicos ao idoso que vivenciou quedas, considerando suas dimensões físicas, sociais, mentais e culturais.

Essa temática é relevante para a enfermagem, que ainda está construindo seu caminho na gerontogeriatría. Salienta-se a necessidade de pesquisas que contemplem a elaboração de estratégias para maximizar os fatores potencializadores no desenvolvimento de ações educativas que previnam novas quedas em idosos.

Referências

Abrantes, K. S. M., Menezes, T. N., Farias, M. C. A. D., Silva, M. I. L., Rolim, V. E., Macedo Junior, H., & Abreu, L. C. (2013). Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *ABCS health sci*, 38(3), 126-132. Recuperado em 22 janeiro, 2016, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n3/a3905.pdf>.

Arai, T., Obuchi, S., Inaba, Y., Nagasawa, H., Shiba, Y., Watanabe, S., *et al.* (2007). The effects of short-term exercise intervention on falls self-efficacy and the relationship between changes in physical function and falls self-efficacy in Japanese older people: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*, 86(2), 133-141. Recuperado em 19 abril, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17251695>.

Blalock, S. J., Casteel, C., Roth, M. T., Ferreri, S., Demby, K. B., & Shankar, V. (2010). Impact of enhanced pharmacologic care on the prevention of falls: a randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(5), 428-440. Recuperado em 10 março, 2016, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543594610000826>.

- Clarke, H. D., Timm, V. L., Goldberg, B. R., & Hattrup, S. J. (2012). Preoperative patient education reduces in-hospital falls after total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*, 470(1), 244-249. Recuperado em 04 julho, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691907>.
- Comans, T. A., Brauer, S. G., & Haines, T. P. (2010). Randomized trial of domiciliary versus center-based rehabilitation: which is more effective in reducing falls and improving quality of life in older fallers? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65(6), 672-679. Recuperado em 22 janeiro, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421240>.
- Dorresteijn, T. A., Rixt Zijlstra, G. A., Van Haastregt, J. C., Vlaeyen, J. W., & Kempen, G. I. (2013). Feasibility of a nurse-led in-home cognitive behavioral program to manage concerns about falls in frail older people: a process evaluation. *Res Nurs Health*, 36(3), 257-270. Recuperado em: 20 abril, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23533013>.
- Elley, C. R., Robertson, M. C., Kerse, N. M., Garrett, S., McKinlay, E., Lawton, B., et al. (2007). Falls Assessment Clinical Trial (FACT): design, interventions, recruitment strategies and participant characteristics. *BMC Public Health*, 29(7), 185-. Recuperado em 20 abril, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662156>.
- Hansma, A. H., Emmelot-Vonk, M. H., & Verhaar, H. J. (2010). Reduction in falling after a falls-assessment. *Arch Gerontol Geriatr*, 50(1), 73-76. Recuperado em 10 junho, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19243845>.
- Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Ebsen, E. S., Heidemann, I. T. S. B., & Meirelles, B. H. S. (2016). Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. *Rev Baiana de Enfermagem*, 30(2), 1-12. Recuperado em 18 julho, 2017, de: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15726/pdf_54.
- Heung, M., Adamowski, T., Segal, J. H., & Malani, P. N. (2010). A successful approach to fall prevention in an outpatient hemodialysis center. *Clin J Am Soc Nephrol*, 5(10), 1775-1779. Recuperado em 26 junho, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20595694>.
- Hill, A. M., Hoffmann, T., & Haines, T. P. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clin Interv Aging*, 8, 765-774. Recuperado em 2 agosto, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23836966>.
- Hill, K. D., Moore, K. J., Dorevitch, M. I., & Day, L. M. (2008). Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions. *J Am Geriatr Soc*, 56(4), 600-608. Recuperado em 25 junho, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18266663>.
- IBGE. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2014*. Recuperado em 9 julho, 2016, de: www.ibge.gov.br.
- Jang, S. N., Cho, S. I., Oh, S. W., Lee, E. S., & Baik, H. W. (2007). Time since falling and fear of falling among community-dwelling elderly. *Int Psychogeriatr*, 19(6), 1072-1083. Recuperado em 22 março, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17288637>.
- Joester, J., Vogler, C. M., Chang, K., & Hilmer, S. N. (2010). Hypnosedative use and predictors of successful withdrawal in new patients attending a falls clinic: a retrospective, cohort study. *Drugs Aging*, 27(11), 915-924. Recuperado em 12 maio, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964465>.

- Jones, T. S., Ghosh, T. S., Horn, K., Smith, J., & Vogt, R. L. (2011). Primary care physicians perceptions and practices regarding fall prevention in adult's 65 years and over. *Accid Anal Prev*, 43(5), 1605-1609. Recuperado em 10 março, 2016, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001457511000649>.
- Lopes, M. C. L., Violin, M. R., Lavagnoli, A. P., & Marcon, S. S. (2007). Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm*, 12(4), 472-477. Recuperado em: 10 março, 2016, de: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10073>.
- Maia, B. C., Viana, P. S., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2011). Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 14(2), 381-393. Recuperado em 09 janeiro, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=en&nrm=iso.
- Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Mcalister, F. A., Bellerose, D., Russell, A. S., Hanley, D. A., et al. (2008). Multifaceted intervention to improve diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with recent wrist fracture: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 178(5), 569-575. Recuperado em 15 maio, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18299546>.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*, 3-24. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*, 17(4), 758-764. Recuperado em 22 janeiro, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.
- Murphy, T. E., Tinetti, M. E., & Allore, H. G. (2008). Hierarchical models to evaluate translational research: Connecticut collaboration for fall prevention. *Contemporary Clinical Trials*, 29(3), 343-350. Recuperado em 10 agosto, 2016, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18054289>.
- Pinho, T. A. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Gurgel, S. N., Smith, A. A. F., et al. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 320-327. Recuperado em 9 julho, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200008&lng=en&nrm=iso.
- Rigon, A. G. (2011). Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidade de internação hospitalar. Santa Maria, RS: Dissertação de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.
- Silva, N. S. M., Lopes, A. R., Mazzer, L. P., & Trelha, C. S. (2014). Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina, PR. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 17(2), 141-151. Recuperado em 10 fevereiro, 2016, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21704>.
- Vancarenghi, R. V., Santos, S. S. C., Barlen, E. L. D., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul Enferm*, 24(Supl. 6), 828-833. Recuperado em 06 setembro, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600017&lng=en&nrm=iso.

Recebido em 11/11/2017

Aceito em 30/04/2018

Caren da Silva Jacobi - Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: cahjacobi@gmail.com

Margrid Beuter - Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: margridbeuter@gmail.com

Jamile Laís Brunisma - Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: jamilebruinsma@hotmail.com

Eliane Raquel Rieth Benetti - Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: elianeraquelr@yahoo.com.br

Viviane Segabinazzi Saldanha - Enfermeira. Mestranda em Gerontologia na Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: vivissaldanha@gmail.com

Carolina Backes - Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: karolbackes@hotmail.com