

Prevenindo quedas na velhice: Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Preventing falls in old age: Nurse's role in Primary Health Care

Prevención de caídas en la vejez: el papel de la enfermera en la Atención Primaria de Salud

Marcela Pereira Oliveira
Mara Cibele Santos Silva Paulo
Paulo Eduardo Monte Mor Filho

RESUMO: Este artigo teve como objetivo analisar a percepção do idoso sobre a atenção prestada pelo enfermeiro referente à prevenção de quedas. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. O estudo evidenciou que a atenção prestada pelo enfermeiro é insuficiente, visto que apenas 15% dos idosos receberam orientações desse profissional sobre quedas que lhes podem ocorrer no cotidiano de suas vidas. Ainda, muitos dos entrevistados expressaram medo desse acidente da queda, tendo eles demonstrado boa disposição para receberem orientações em saúde.

Palavras-chave: Percepção do idoso; Atuação do enfermeiro; Prevenção de Quedas.

ABSTRACT: *This article aimed to analyze the perception of the elderly about the care provided by the nurse regarding the prevention of falls. An exploratory descriptive study of a qualitative nature was carried out. The study showed that the attention given by nurses is insufficient since only 15% of the elderly received guidance from this professional about falls that can occur to them in their daily lives. Still, many of the interviewees expressed fear of this fall accident, and they showed a willingness to receive health guidance.*

Keywords: *Perception of the elderly; Nurse's work; Fall prevention.*

RESUMEN: *Este artículo tuvo como objetivo analizar la percepción de los ancianos sobre la atención prestada por las enfermeras con respecto a la prevención de caídas. Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo. El estudio demostró que la atención brindada por las enfermeras es insuficiente ya que solo el 15% de los ancianos recibió orientación de este profesional sobre las caídas que pueden ocurrir en su vida diaria. Aún así, muchos de los entrevistados expresaron temor por este accidente de otoño y mostraron su disposición a recibir orientación sobre salud.*

Palabras clave: *Percepción de los ancianos; Trabajo de enfermera; Prevención de caídas.*

Introdução

O envelhecimento é um processo natural e progressivo pelo qual todos os seres irão passar, de modo inevitável. O segmento populacional idoso está envelhecendo cada vez mais, ou seja, ganhando mais anos, mas a pergunta que se coloca é com que qualidade de vida? Diante dessa situação, surgem novas questões a serem estudadas.

“O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – a chamada senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema” (Brasil, 2007, p. 8). Por isso, não se pode deixar de considerar que “ ‘a essencial verdade da vida` é a de que ela ´é um sistema instável no qual, a cada instante, o equilíbrio se perde e se reconquista`” (Beauvoir, 1970/1990, p. 17, como citado em Fonseca, 2016). O que faz ver a complexidade do que se tem a enfrentar durante uma velhice prolongada, em não ocorrendo antes a finitude, dado que o “O envelhecimento populacional é um fenômeno

natural, irreversível e mundial” (Brasil, 2010, p. 11), e que é preciso assegurar o bem-estar físico, psicológico e social de tais longevos.

Atualmente existem no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 11% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, OMS (2010), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total, em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2010). De acordo com o IBGE (2002), dentre as razões para este fenômeno está o aumento da esperança de vida ao nascer, identificado não só nos países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento (Campos, M.P.S., Vianna, & Campos, A.R., 2013).

A Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e em seu Título II, Capítulo I, Art 8º, explicita que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social nos termos desta Lei e da legislação vigente; em seguida, em seu Art. 9º, afirma que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável, com bem-estar, e em condições de dignidade.

A Portaria/GM n.º 399, publicada em 2006, apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS, e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira é na verdade afirmada [...] (Brasil, 2010).

O aumento da proporção de idosos na população brasileira, segundo Perracini e Ramos (2002) traz à luz a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas. A problemática do envelhecimento e da velhice se colocam de modo preocupante, pois, à reflexão e às atuações tanto da sociedade civil, quanto das políticas públicas e sociais.

Deve-se ter em conta que o envelhecimento não é doença; por ser um processo natural, deve ser tratado como tal, sem preconceitos ou estereótipos, mas com preocupações, cuidados, ações efetivas. O envelhecimento traz consigo, obviamente,

mudanças físicas naturais que são frequentemente confundidas, e de modo equivocado, com limitações. Assim é que algumas alterações fisiológicas do envelhecimento estão intrinsecamente ligadas ao risco de quedas. Em ambiente hospitalar existem protocolos de prevenção de quedas; porém, em domicílio e em comunidade o risco se torna maior devido à falta deles. Segundo Silva, Paz e Azevedo Filho (2015), “a queda não é causada por um único fator de risco, mas pela combinação de vários fatores extrínsecos e intrínsecos”.

Múltiplos fatores que podem ser qualificados em quatro modalidades: os biológicos; os comportamentais; os ambientais e os socioeconômicos (Rose, 2010, como citado em Almeida e Neves, 2012, pp. 29-30). Os de risco biológico ligam-se às características de um indivíduo, ao corpo humano (WHO, 2007), como o gênero (feminino); idade (mais de 80 anos); raça (branca); declínio das capacidades; condições médicas crônicas ou doenças súbitas (Rose, 2010, como citado em Almeida e Neves, 2012, pp. 29-30). Fatores comportamentais são aqueles potencialmente modificáveis, dizendo respeito às ações humanas e escolhas diárias (WHO, 2007). A ingestão de vários medicamentos; o abuso com bebidas alcoólicas; o estilo de vida sedentário; a dieta empobrecida; e o uso de calçado inadequado, são comportamentos exemplares quanto à potencialização de queda (Rose, 2010, como citado em Almeida e Neves, 2012, pp. 29-30). Os fatores ambientais decorrem da interação entre as condições físicas de um indivíduo e o meio ambiente de entorno, cujo risco pode estar, por exemplo, em degraus estreitos, superfícies escorregadias, tapetes e fios soltos, iluminação insuficiente ou calçadas irregulares (WHO, 2007). Os fatores socioeconômicos não são fatores de risco de queda diretamente observáveis, segundo Almeida e Neves (2012, pp. 29-30); relacionam-se aos efeitos das condições sociais, da situação econômica de cada indivíduo e da capacidade dos recursos de uma comunidade. Fatores como a baixa escolaridade, pobre suporte social e médico, baixos rendimentos e isolamento social, podem agravar as diversas situações descritas anteriormente (WHO, 2007).

Segundo Almeida e Neves (2012), as quedas ocorridas com idosos constituem uma problemática comum em todos os países em que o envelhecimento atinge idades cada vez mais avançadas (OMS, 2010). De acordo com o código E880-E888, in International Classification of Disease-9 (ICD-9) and as W00-W19 in ICD- (como citado em Almeida e Neves, 2012, p. 27), a queda é definida como sendo um evento “não intencional resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em

relação à posição inicial, excluindo as alterações intencionais com posição em móveis, paredes ou outros objetos” (WHO, 2007, p. 1).

Dada a sua ocorrência frequente e consequências danosas, a queda tem se tornado um grande problema de saúde pública, ocupando posição de destaque nas estatísticas de saúde na maioria dos países, inclusive no Brasil (Barros, Pereira, & Weiller, 2016), cujos agravos que podem ser muito sérios e custosos ao próprio idoso, à família, ao Estado. Segundo Brasil (2007, p. 67), cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade; a partir dessa idade as frequências se igualam. Confirmam isso os resultados do estudo de Almeida e Neves (2012) que apontam que as mulheres, além de apresentarem um maior número de quedas, demonstram também maior medo de cair (a chamada “ptofobia”¹). Inclusive a hipótese desses autores é a de que a variável sexo pode ser considerada um fator de risco de queda. Segundo eles, “os idosos que apresentam um historial de quedas parecem estar mais vulneráveis para desenvolver o medo de cair” (2012, p. 27).

Estudos de Pinheiro, Melo e Carvalho (2012), avaliando o efeito do medo de cair em idosos, mostram que 29% dos entrevistados caíram por escorregar; 37% por tropeçar em alguma coisa; 37% por se sentirem assustados; por fim, 25% tiveram medo de ter quebrado “alguma coisa” ou mesmo de morrer com a queda.

As alterações do equilíbrio e o medo de cair exercem efeitos negativos sobre a autoconfiança de um idoso, prejudicando de modo significativo sua atividade física cotidiana, seus níveis de aptidão física e seu envolvimento nas atividades da vida diária (AVD), consequências estas que, progressivamente, acarretam o isolamento social e o aumento da dependência desse idoso (Lachman, Howland, Jette, Assmann, & Peterson, 1998; e Carter, *et al.*, 2001, como citados, ambos, em Galimberti, & Almeida, 2012).

Ressalte-se, pois, que, dos idosos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e, destes, apenas metade sobreviverá após um ano, tal o número de complicadores que surgem.

¹ A ptofobia designa a identificação da síndrome pós-queda, como a reação fóbica em manter-se de pé ou andar, estando este termo ligado ao medo de cair. Fobia que não se relaciona a anomalias neurológicas ou ortopédicas, pois um indivíduo pode não conseguir andar sem se apoiar, mas não ter qualquer tipo de distúrbio físico ou neurológico. A partir dos anos 80, o medo de queda foi reconhecido na comunidade científica como um problema de saúde para a população geriátrica (Gai, Gomes, & Cárdenas, 2009, como citados em Almeida, & Neves, 2012; Pinheiro, Melo, & Carvalho, 2012).

Em Brasil (2007, p. 70), aponta-se que “as principais complicações das quedas são lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas especialmente as de quadril, as mais incapacitantes (a FPF, fratura proximal de fêmur, cf. Santana, Reis, Ezequiel, & Ferraz, 2015), hematoma subdural, incapacidade e morte”.

O Ministério da Saúde disponibiliza um protocolo de prevenção de quedas que abrange somente pacientes internados. Para situações de queda em domicílio e em comunidade, as equipes multiprofissionais das Estratégias Saúde da Família podem desenvolver ações conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Algumas dessas ações é a da importância da avaliação do idoso e dos riscos a que ele está exposto. Ele também descreve as causas de queda em comunidade como sendo principalmente: fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, redução da visão relacionada ao ambiente, alteração postural/hipotensão ortostática, lesão no sistema nervoso central, tontura/vertigem, síncope. Além disso, aponta os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos de quedas de idosos. Os intrínsecos referem-se a mudanças fisiológicas, fatores psicológicos e medicamentos; e os extrínsecos referem-se ao meio ambiente e às atividades dos idosos (Brasil, 2007).

Apesar da existência de protocolos e manuais que orientam o trabalho do profissional de saúde sobre a prevenção de quedas na terceira idade, nota-se que este é um tema recorrente nas Estratégias Saúde da Família. Este estudo justificou-se pela necessidade de conhecer a percepção do idoso acerca do trabalho do enfermeiro lotado na Estratégia Saúde da Família. Além disso, a Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do usuário, tendo esta a atribuição de promover a saúde, prevenir as doenças por meio de um cuidado bem-orientado e com continuidade.

A queda ocorre como um conjunto de fatores de risco, sendo importante o reconhecimento do agente causal para o direcionamento das ações de cuidado. Os enfermeiros e toda a equipe interdisciplinar, além de governantes e sociedade, devem abrir uma discussão, listando os pontos principais e causais que levam o idoso a sofrer uma queda. A prevenção deve ser pautada nestes fatores de risco que, muitas vezes, podem ser modificáveis. Uma atenção especial, focada na promoção da saúde da pessoa senil deve ser de extrema importância, principalmente neste momento da vida em que o indivíduo apresenta fragilidade e maior vulnerabilidade para a ocorrência de eventos causadores de limitações (Silva, Paz, & Azevedo Filho, 2015).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção do idoso sobre a atenção prestada por um enfermeiro referente à prevenção de quedas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), em um município da região sul-fluminense do Rio de Janeiro, com idosos cadastrados nas respectivas unidades básicas de saúde.

Para a coleta dos dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro de quatro perguntas para cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Após a coleta de dados, foi realizada a análise do conteúdo, segundo Minayo Minayo, Deslandes, Neto e Gomes (1994). O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa de Valença, RJ, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com CAAE 68779717.6.0000.5246, tendo sido aprovado.

Resultados e Discussão

Dos 20 idosos entrevistados, 30% tinham entre 65 e 70 anos; 50% entre 71 e 80 anos; 15% entre 81 e 90 anos; e 5% entre 91 e 100 anos. Foram entrevistados 4 homens (20%) e 16 mulheres (80%). Quanto ao estado civil, observamos que 20% (4) dos entrevistados são casados; 55% (11) são viúvos; 20% (4) são solteiros; e 5% (1) são divorciados.

Em relação ao nível de escolaridade, observamos que 20% (4) dos entrevistados são analfabetos; 45% (9) tem Ensino Fundamental Incompleto; 5% (1) dos entrevistados, com Ensino Fundamental Completo; 5% (1), Ensino Médio Incompleto; 20% (4), Ensino Médio Completo; e 5% (1), Ensino Superior Completo. Segundo Marin, Amaral, Martins e Bertassi (2004), ao realizar atividades educativas com os idosos, devem ser considerados o grau de escolaridade, juntamente a outros fatores, pois eles podem implicar na assistência de enfermagem e interferirem significativamente no processo de aprendizagem. Já Smith, *et al.* (2017) apontam, em seu estudo, que “a presença de baixo desempenho cognitivo aumenta o risco de sofrer queda em 1,877%”.

Com base na análise das falas transcritas, emergiram as seguintes categorias: Caracterização da queda; (In)visibilidade do enfermeiro sob a ótica do idoso; A orientação como peça fundamental no processo de cuidar.

Caracterização da queda

Com base na análise das entrevistas, pudemos observar que todos os idosos entrevistados já haviam sofrido algum tipo de queda, e 85% já caíram mais de uma vez.

Observamos, ainda, que 60% dos idosos caíram em casa ou na rua; 20%, somente na rua; e 20%, somente em casa, demonstrando um certo equilíbrio entre os ambientes:

“Na rua já. Em casa também, 2 vezes [...]” (E3)

“Já, em casa eu já caí até do telhado[...]. E na rua já caí várias vezes [...]” (E19)

As quedas nas ruas podem estar relacionadas a problemas de infraestrutura urbana, dado que, com as limitações advindas da idade, os idosos podem adquirir dificuldades em seu deslocar em determinados terrenos mal-cuidados. Durante as entrevistas, verificamos como frequentes fatores de risco: calçadas altas, bueiros destampados e ruas escorregadias, conforme os seguintes relatos:

“[...] Tropecei na calçada, lá na rua, caí de joelho no chão, só não caí de cara porque coloquei a mão; tinha uma pedra solta lá [...]” (E3)

“[...] caí dentro de um bueiro porque eu tava andando, aí não vi o bueiro [...]” (E6)

“[...]Tava andando pela rua, ia lá na casa lotérica, aí tava andando pela calçada, e não levanto meu pé direito, aí de repente, eu caí lá na calçada [...]” (E7)

Em relação aos domicílios, os entrevistados relataram que escorregam bastante em suas residências e por motivos variados como: piso encerado, box do banheiro escorregadio, piso molhado. Santos, *et al.* (2012) apontam que um ambiente de risco e o

estado funcional do idoso estão associados no que diz respeito ao risco de quedas, manobras posturais e obstáculos ambientais:

“[...] Tava varrendo a varanda, aí veio a água, né?; aí eu bati sentada ali no chão da varanda [...].” (E1)

“[...] já escorreguei na varanda encerada[...].” (E10)

(In)visibilidade do enfermeiro sob a ótica do idoso

Observamos que os idosos têm como referência e como protagonista, da Estratégia Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde, visto que 85% dos entrevistados relataram que recebem visita do agente comunitário de saúde da sua área e que são orientados pelo mesmo sobre o problema das quedas.

A Política Nacional da Atenção Básica (2012, pp. 49-50) aponta como atribuição do agente comunitário de saúde: “[...] atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas [...], e ainda como atribuição: “Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde [...]”, com os idosos manifestando isso em seus relatos:

“[...]Só a agente de saúde; ela fala pra não passar cera que escorrega, fala pra tomar cuidado com tapete [...].” (E2)

“Não. Mas a ... (agente de saúde) vive me falando que é pra eu prestar atenção quando to na rua, pra eu não passar cera no chão, pra tomar cuidado na hora do banho, pra não escorregar porque eu sou bem estabanada, e ela sabe.” (E6)

“Quem fala é a agente de saúde, fala bastante, até demais às vezes [...].” (E12)

O enfermeiro foi citado nesse contexto também, porém em escala menor com 25% apenas. Os idosos que citaram o enfermeiro como orientador apontaram que ele se mostrou atencioso, examinando-os, visitando-os em períodos de vacinação e orientando-os sobre assuntos variados. A Política Nacional da Atenção Básica (2012) relata que é atribuição do enfermeiro realizar atenção à saúde aos indivíduos de famílias

cadastradas no território e no domicílio, quando se mostrar necessário. São atribuições específicas do enfermeiro justamente as de “realizar atenção integral às pessoas idosas e realizar assistência domiciliar, quando necessário” (Brasil, 2007). Ao realizar a visita domiciliar, o enfermeiro deve buscar, no ambiente, os riscos que os idosos estão expostos e, a partir do que for atestado, propor mudanças específicas àquele espaço (Brasil, 2007).

“[...] Eles vêm saber como a gente tá, né?; o enfermeiro conversou comigo, viu minha pressão, ficou um tempo aqui, a gente conversou um tempão, ele ficou me orientando, sabe?, ele até falou sobre esse negócio de cair [...].” (E5)

“Falou comigo pra tomar cuidado, pra prestar atenção onde eu piso, porque aqui tem degrau, falou de tapete, pra tomar cuidado na rua, ela falou muita coisa [...].” (E14)

“Veio sim; a enfermeira veio conversar comigo, conversou com a família, veio vê esse negócio de pressão porque a minha é alta, perguntou da minha vista, perguntou muita coisa [...].” (E15)

A orientação como peça fundamental no processo de cuidar

Quando questionados sobre a motivação para receber orientações quanto à queda e seus riscos, os idosos entrevistados se mostraram dispostos a recebê-las.

Para Fonseca e Moura (2016), não deixa, a prevenção de quedas, de ser um desafio ao envelhecimento populacional; desse modo, um profissional, durante a consulta com um paciente idoso, deve indagar sobre a ocorrência e a frequência de quedas, dado que essas informações possibilitam a identificação desse risco potencial ao idoso. Brasil (2007), por sua vez, aponta a “Educação para o autocuidado”, e a “Orientação para a reorganização do ambiente interno à residência, com o consentimento da pessoa idosa e da família”, como mecanismos de prevenção de quedas e minimização de sua consequência:

“Gostaria, né?, filho. Porque pode machucar esse negócio de cair, né?, então quando alguém vem falar pra gente tomar cuidado, falar

pra gente o não pode fazer, né?, a gente vai evitar, vai fazer o que a gente pode, né?, pra evitar levar tombo.” (E1)

“Gostaria, sim. De qualquer pessoa, porque se é pro bem, a gente tem que respeitar e seguir, sabe? [...].” (E2)

“Gostaria, porque, minha filha, eu fico com medo de cair[...].” (E16)

Considerações Finais

A pesquisa identificou que todos os entrevistados já sofreram quedas. Independentemente de existirem políticas públicas para a segurança da terceira idade, ainda encontramos um número alarmante para este agravo.

As barreiras arquitetônicas nas ruas e domicílios se tornaram um problema a ser discutido, visto que a segurança deve ser objetivo nas mais diversas políticas públicas voltadas ao envelhecimento. São múltiplas as dimensões de ocorrências com idosos sofrendo quedas e ratificam a necessidade de mais estudos que possam fundamentar a formulação de políticas públicas de prevenção desse agravo.

O agente comunitário de saúde foi destacado como profissional presente no cuidado continuado, mostrando o bom desempenho na Estratégia de Saúde da Família. Apesar de o enfermeiro ser fundamental na composição da equipe da Saúde da Família, identificamos fragilidades na atuação deste profissional acerca desta temática, uma vez que a pesquisa evidenciou um baixo número de visitas domiciliares aos idosos por parte desses profissionais.

É importante que o mesmo entenda o seu papel e atue de forma eficaz para desenvolver a qualidade de vida e melhora desse importante indicador de saúde. Na Estratégia Saúde da Família, o atendimento multidisciplinar é a base do atendimento à população: cada membro de uma equipe, em sua formação e atuação diversas, tem suas atribuições específicas, bem como a responsabilidade de cumpri-las, procurando, assim, atender a população de modo integral, longitudinal e de maneira coordenada.

Este estudo pode contribuir para que os enfermeiros se alertem e se tornem conscientes do papel de sua atuação na prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde. Espera-se que este estudo apoie a prática do enfermeiro na Atenção Primária à

Saúde, e como ele deve se empoderar, tomando para si o papel que já lhe cabe; sendo assim, atender aos idosos de maneira integral, buscando ser orientador e profissional de mudanças não só sobre a temática, mas sobre toda a sua atribuição na Atenção Primária à Saúde.

Referências

- Almeida, P., & Neves, R. (2012). As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(5), 27-43. São Paulo (SP), PUC-SP. Recuperada em 01 dezembro, 2017, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/15309-37241-1-SM.pdf>.
- Barros, I. F. O. de, Pereira, M. B., & Weiller, T. H. (2016). Óbitos e Internações por Quedas em Idosos Brasileiros: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(4), pp. 363-382. São Paulo (SP), Brasil: PUC-SP. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/35595-97999-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/35595-97999-1-SM%20(1).pdf).
- Beauvoir, S. de. (1970/1990). *A velhice*. Maria Helena Franco Monteiro, Trad. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Brasil. (2003). *Estatuto do Idoso. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 3 out. 2003.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 março, 2017, de: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf>.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 março, 2017, de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento* /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, DF. Recuperado em 20 março, 2017, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Recuperado em 28 setembro, 2017, de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Campos, M. P. S., Vianna, L. G., & Campos, A. da R. (2013). Os testes de Equilíbrio, Alcance Funcional e “Timed Up and Go” e o risco de queda em idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(4), 125-138. São Paulo (SP), PUC-SP. Recuperado em: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/19633-49570-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/19633-49570-1-SM%20(2).pdf).

Fonseca, S. C. da. (2016). (Org.). Apresentação. (s/p.). *O envelhecimento ativo e seus fundamentos*. São Paulo, SP: Portal Edições.

Fonseca, R. S. B., & Moura, M. E. B. (2016). Fatores de Risco para quedas em idosos no domicílio. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 206-215. Recuperado em 20 março, 2017, de: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/892/pdf_327 & gt.

Gai, J., Gomes, L., & Cárdenas, C. (2009). Ptofobia - O medo de cair em pessoas idosas. *Acta Média Portuguesa*, 22(s/n.º), 83-88. Recuperado em 20 março, 2017, de: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1681/1261>.

Galimberti, J. Z., & Almeida, C. M. S. de C. de. (2012). Avaliação de um grupo de idosos no bairro do Butantã (SP) no suposto medo de queda. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(5), 57-66. São Paulo (SP): PUC-SP. Recuperado em 17 abril, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/9570-37221-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/9570-37221-1-PB%20(2).pdf)

IBGE. (2002). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 17 abril, 2017, de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25/07/2002pidoso.shtm>.

IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 17 abril, 2016, de: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

Marin, M. J. S., Amaral, F. S., Martins, I. B., & Bertassi, V. C. (2004). Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas” entre idosos. Brasília, DF: *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 560-564. Recuperado em 13 outubro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a09v57n5.pdf>>.

Minayo, M. C., Deslandes, S. F., Neto, O. C., & Gomes, R. (1994). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Recuperado em 09 abril, 2017, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

North American Nursing Diagnosis Association. (2012). *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 46(5), 1227-1236. Recuperado em 13 outubro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/27.pdf>>.

OMS. (2010). Organização Mundial da Saúde. *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Recuperado em 03 outubro, 2010, de: www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/quedas+oms.htm.

Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, 36(6), 709-716. Recuperado em 03 outubro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>.

Pinheiro, H. A., Melo, G. F. de, & Carvalho, G. de A. (2012). Ptofobia, depressão e história de quedas em idosos com neuropatia diabética atendidos no Distrito Federal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(5), 45-56. São Paulo (SP): PUC-SP. Recuperado em 03 outubro, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/10350-37220-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/10350-37220-1-PB%20(1).pdf).

Rose, D. (2010). Fallproof!: a comprehensive balance and training program Champaign. Recuperado em 13 outubro, 2017, de: <https://doi.org/10.1080/01924788.2012.677798>.

Santana, D. F., Reis, H. F. C. dos, Ezequiel, D. J. S., & Ferraz, D. D. (2015). Perfil funcional de idosos hospitalizados por fratura proximal de fêmur. *Revista Kairós-*

Gerontologia, 18(1), 217-234. São Paulo (SP): PUC-SP. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/26111-68198-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/26111-68198-1-SM%20(3).pdf).

Santos, S. S. C., Silva, M. E. da, Pinho, L. B. de, Gautério, D. P., Pelzer, M. T., & Silveira, R. S. da. (2012). Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. *Rev Esc Enferm USP*, 46(5), 1227-1236. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: www.ee.usp.br/reeusp.

Silva, L., Paz, A. F. M., & Azevedo Filho, E. R. (2015). Quedas de Idosos no domicílio: fatores de risco e estratégias de prevenção por parte do enfermeiro. *Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa*. ICEPS. Faculdades Promove de Brasília. Recuperado em 20 março, 2017, de: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/a23c3560588b2e67b1d565a14e662da3.pdf.

Smith, A. de A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A. P., Moreira, M. A. S. P., Nogueira, J. de A., & Tura, L. F. R. (2017). Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. Ribeirão Preto, SP: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(sem n.), e2754. Recuperado em 29 outubro, 2017, de: DOI: 10.1590/1518-8345.0671.2754.

WHO. (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Recuperado em 29 outubro, 2017, de: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

Recebido em 14/06/2018

Aceito em 30/09/2018

Marcela Pereira Oliveira - Graduação em Enfermagem. Mestre em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente. Docente Centro de Ensino Superior de Valença, CESVA. Valença, RJ.

E-mail: marcelaoliveira727@gmail.com

Mara Cibele Santos Silva Paulo - Graduação em Enfermagem. Centro de Ensino Superior de Valença, CESVA. Valença, RJ.

E-mail: marasilvas2s2@hotmail.com

Paulo Eduardo Monte Mor Filho - Graduação em Enfermagem. Centro de Ensino Superior de Valença, CESVA. Valença, RJ.

E-mail: pauloeduardommmfilho07@gmail.com