

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KAMILA CAMARGO CARRÃO

PREVENÇÃO DE QUEDAS ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA ADSCRITA NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PAULO ROBERTO MARTINS, NO MUNICÍPIO  
DE SERTANÓPOLIS, PARANÁ

CURITIBA

2021

KAMILA CAMARGO CARRÃO

PREVENÇÃO DE QUEDAS ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA ADSCRITA NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PAULO ROBERTO MARTINS, NO MUNICÍPIO  
DE SERTANÓPOLIS, PARANÁ

Monografia apresentada como requisito parcial  
à obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica, Universidade Federal do  
Paraná.

Orientadora: Dra. Jaqueline Dias do  
Nascimento Selletti

CURITIBA  
2021

Dedico este trabalho ao meu filho, que neste mês de março, apesar da dor em vê-lo partir, me fez sentir o mais puro amor.

## **AGRADECIMENTOS**

A professora Jaqueline, pela orientação e contribuição no desenvolvimento do trabalho.

As funcionárias da Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins, pela acolhida e principalmente pela amizade construída.

Aos pacientes e seus familiares que confiaram sua saúde a mim.

A minha família pelo apoio e amor que me foi dado.

Ao meu marido, por me dar forças e ajudar a seguir em frente quando pensei em desistir e por me fazer sentir amada todos os dias.

## RESUMO

O idoso frágil é uma resultante de diversas circunstâncias correlacionadas, que podem ser agrupadas em antecedentes físicos, sociodemográficos comportamentais e ambientais. Cerca de um terço da população com mais de 60 anos sofre ao menos uma queda ao ano que podem resultar desde a limitação funcional até mesmo a morte. A queda é considerada o acidente doméstico mais comum e a principal causa de morte acidental em pessoas acima de 65 anos. O objetivo deste estudo foi implementar ações de prevenção de quedas entre idosos da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família 02 do município de Sertanópolis, Paraná, Brasil. Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes que recebem visita domiciliar, na busca de relato de quedas nos últimos dois anos e seus fatores predisponentes. Cerca de um terço (35,1%) possuem histórico de queda nos últimos dois anos, a maioria pertencia ao sexo feminino (62,5%). A faixa etária com maior número de quedas foi igual ou superior a 80 anos (41,6%) sendo um fator determinante. O uso de pelo menos um medicamento contínuo estava presente em 90,6% dos idosos, sendo que 39% faziam uso de polifarmácia. Os grupos de medicamentos mais utilizados foram os indicados para o sistema cardiovascular, metabolismo e sistema nervoso. Os idosos com comorbidades significativas como estar acamados ou em uso de cadeira de rodas devido sequelas de quedas somaram 12,5%, sendo por fratura de fêmur e uma idosa por fratura de processo espinhoso de C4 e TCE. Foram distribuídos flyers e debatido com a equipe de saúde local medidas para redução de quedas em idosos. As propostas são relativamente simples, contam com o apoio da comunidade, dos profissionais da ESF e atuantes da Unidade através do NASF. Sua aplicabilidade pode se estender a outras Unidades, posto que a Queda em Idosos é um problema de saúde presente em qualquer contexto social mesmo a nível nacional. Os dados referentes a redução da porcentagem de queda entre os idosos serão vistos a longo prazo. Reforça-se a necessidade em prevenir a ocorrência desse agravo, com o intuito de garantir um processo saudável e digno de senilidade aos idosos.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas. Idoso. Envelhecimento.

## ABSTRACT

The frail elderly is a result of several correlated circumstances, which can be grouped into physical, sociodemographic behavioral and environmental antecedents. About a third of the population over 60 suffers at least one fall a year that can result from functional limitation to even death. The fall is considered the most common domestic accident and the leading cause of accidental death in people over 65 years of age. The aim of this study was to implement actions to prevent falls among elderly people in the community assisted by family health team 02 in the municipality of Sertanópolis, Paraná, Brazil. The medical records of all patients receiving home visits were evaluated in the search for reports of falls in the last two years and their predisposing factors. About a third (35.1%) have a history of fall in the last two years, most of them female (62.5%). The age group with the highest number of falls was 80 years or older (41.6%) being a determining factor. The use of at least one continuous medication was present in 90.6% of the elderly, and 39% used polypharmacy. The most used groups of medications were those indicated for the cardiovascular system, metabolism and nervous system. The elderly with significant comorbidities such as being bedridden or using a wheelchair due to sequelae of falls totaled 12.5%, being by femoral fracture and one elderly woman due to fracture of spinous process of C4 and TCE. Flyers were distributed and discussed with the local health team measures to reduce falls in the elderly. The proposals are relatively simple, with the support of the community, the professionals of the ESF and the unit's activities through the NASF. Its applicability may extend to other Units, since the Fall in the Elderly is a health problem present in any social context even at the national level. Data regarding the reduction of the percentage of fall among the elderly will be seen in the long term. It reinforces the need to prevent the occurrence of this disease, in order to ensure a healthy process worthy of senility to the elderly.

Keywords: Accidents by Falls. old. aging.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
1.1 Aspectos gerais do município e comunidade .....	8
1.2 O Sistema Municipal de Saúde .....	9
1.3 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade... ..	10
1.4 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção .....	10
2 JUSTIFICATIVA .....	11
3 OBJETIVOS .....	12
3.2 Objetivos específicos: .....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	15
5.1 O Idoso Frágil.....	15
5.3 Prevenção de Quedas em Idosos .....	17
6 RESULTADOS .....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	20
8 REFERÊNCIAS.....	21
9 ANEXO.....	23

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município e comunidade**

O município de Sertanópolis é um município brasileiro localizado no interior do estado do Paraná, pertencente à Região Metropolitana de Londrina. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), sua população estimada é de 16.413 habitantes, predominantemente da raça branca (11407 pessoas), sendo 8258 mulheres e 8155 homens, 5476 com idade de 0 a 19 anos, 8486 entre 20 e 59 anos e 2451 com mais de 60 anos. A maior parte da população reside em área urbana (13711 moradores), em domicílios com 2 ou 3 pessoas e o trabalho predominante é a agricultura, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,781, sendo a maioria Católica (BRASIL, 2018a).

A taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais é de 6,82 e em maiores de 50 anos de 4,36 (IBGE, 2010).

Houveram 126 óbitos no ano de 2018 na cidade resultando em uma taxa de mortalidade geral da população de 7,69 sendo as principais causas de morte: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e pneumonia com 35, 24, 22, 16 e 12 óbitos respectivamente.

Segundo o Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2019 a cobertura vacinal da população foi de 86,13 superando a média nacional.

As queixas mais comuns recebidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Central de Sertanópolis foram devidos hipertensão, diabetes mellitus, saúde mental, infecção das vias aéreas superiores e saúde da mulher.

Isso se confirma com os dados relativos ao perfil clínico que mostra que a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na população masculina, com idade superior a 18 anos cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF), é de 28,4% de hipertensos e 7,6% de diabéticos e, na feminina, 31,7% de hipertensos e 8,1% de diabéticos. Porém, acredita-se que esses dados não condizem com a realidade, já que os homens apresentam uma baixa procura por atendimento nas unidades de saúde quando

comparados as mulheres e muitos pacientes desconhecem ser portadores de doenças crônicas.

## **1.2 O Sistema Municipal de Saúde**

Sertanópolis conta com o Hospital São Lucas para atendimento de emergências, porém não possui atendimento cirúrgico, obstétrico e pediátrico especializados, os pacientes que necessitam desse tipo de assistência são encaminhados aos hospitais de referência, Hospital Cristo Rei em Ibiporã e Hospital Universitário de Londrina.

Há três unidades básicas de saúde no município, duas delas contam com atendimento de psicólogo, pediatra, ginecologista e obstetrícia diariamente além do atendimento clínico.

A unidade central, Paulo Roberto Martins, é a mais completa sendo formada por 3 Equipes de Saúde da Família com 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 6 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) cada uma, equipe de odontologia, fisioterapia, nutricionista, assistência social e fonoaudiologia no Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A ESF 01 e 02 fazem parte da zona urbana e a ESF 03 é a responsável pela assistência da população da zona rural.

A Equipe 02 da Estratégia de Saúde da Família está localizada na zona urbana do município de Sertanópolis e tem 3424 usuário cadastrados, número considerado adequado segundo a portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde quando levamos em consideração a demanda e o quantitativo de usuários atendidos pela unidade.

É a área com melhor poder aquisitivo quando comparada a outras regiões do município, conta com escola de ensino fundamental, creche, igrejas e comércios. Possui saneamento básico na comunidade, com coleta de lixo adequada.

O horário de atendimento da unidade inicia as 7 horas da manhã até as 17 horas da tarde. São realizados os atendimentos previamente agendados e as consultas de demanda espontânea.

Cada médico da unidade atende uma média de 12 pessoas por período. Os atendimentos não são vinculados as áreas específicas de cada médico, os usuários podem ser atendidos em qualquer unidade e pelo médico que desejarem. Esta opção gerencial de atendimento por um lado, permite que os pacientes nunca aguardem mais de 24 horas para conseguirem atendimento médico quando agendados, por outro, faz com que os médicos não consigam ter um seguimento linear conforme o proposto pelo Ministério da Saúde.

Já as visitas domiciliares apresentam seguimento adequado, há um período semanal para cada médico realizar seus atendimentos com auxílio da técnica de enfermagem, agente de saúde e motorista. Esse período é curto e muito disputado pela população domiciliada/acamada, que acaba gerando uma insatisfação dos familiares pela baixa frequência de visitas.

A maior parcela dos atendimentos realizados em domicílio são idosos com alto grau de dependência, dentre os que se encontram acamados, as causas mais comuns são por sequela de AVC e fratura de colo de fêmur.

### **1.3 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

A comunidade possui alta prevalência de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus tipo II e Dislipidemia, como consequência há um número significativo de idosos com sequelas pelo controle inadequado destas patologias.

Dentre os idosos com acompanhamento domiciliar há um número crescente de fraturas decorrentes de queda levando a um alto grau de morbimortalidade.

### **1.4 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção**

Os problemas listados como os principais entre os acometimentos da população adscrita à ESF 02 da Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins, foram a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e crescente número de idosos domiciliados com sequelas decorrentes do controle

inadequado destas patologias, principalmente AVC e com fraturas. A importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada problema foram discutidas e quantificadas para que uma priorização fosse estabelecida. Em vista da discussão, a classificação de prioridade foi realizada e organizada, conforme Quadro 1.

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde 02, Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins, município de Sertanópolis, estado do Paraná**

Problemas	Importância *	Urgência**	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização* ***
Elevados índices de HAS, DM e DLP	Alta	9	Total	3
Elevados índices de AVC	Alta	9	Total	1
Elevados índices de quedas em idosos	Alta	9	Total	2

Fonte: SMS,(2017)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A ESF 02 possui 78 pacientes com mais de 60 anos acamados ou com alto grau de dependência, que são acompanhados nas visitas domiciliares.

O perfil dos idosos apresenta predomínio de hipertensão, diabetes, dislipidemia e sequelas decorrentes de AVC, pelo tratamento inadequado das patologias de base.

Além destas doenças há uma parcela com demência avançada e um

número significativo de idosos com lesões decorrentes por quedas, segundo levantamento realizado através da análise de todos os 182 prontuários dos pacientes domiciliados da UBS, avaliando o histórico de quedas nos últimos 2 anos, apresentando uma prevalência de 35,2% de quedas dentre os idosos

Visto que já existe nas UBS grupos de apoio para diabéticos e hipertensos com grande adesão de pacientes e com fornecimento regular de medicamentos que acaba levando a redução das sequelas e comorbidades decorrentes destas patologias tratadas de maneira inadequada, o prazo inviável para intervenção de demência avançada, se faz necessário um projeto de intervenção para prevenir as quedas sofridas pela população idosa, a fim de evitar a propagação do problema, com objetivo de promover um envelhecimento mais saudável.

As atividades preventivas na Atenção Básica de Saúde são fundamentais no processo de realização de ações integradas de prevenção de quedas, pois contamos com um envelhecimento populacional gradativo e as quedas, consideradas um problema de saúde pública, muitas vezes levam a fraturas que podem causar desde lesões leves, até fraturas com um alto índice de mortalidade nesta população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Implementar ações de prevenção de quedas entre idosos da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família 02 do município de Sertanópolis-Paraná.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Identificar os riscos e tratar as possíveis causas de queda entre idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins do município de Sertanópolis-Paraná;

Criar grupo de trabalho entre médicos da Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins do município de Sertanópolis para prevenção de quedas entre idosos;

Desenvolver ações de educação em saúde para profissionais de saúde, pacientes idosos, familiares e cuidadores quanto a prevenção de queda entre idosos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Paulo Roberto Martins do município de Sertanópolis-Paraná.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a realização do projeto de intervenção tomou-se em conta a metodologia Plano de Ação em Saúde, que pode ser definida como “um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou ainda com a resolução de um problema coletivo, onde todos pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo e participativo” (THIOLLENT, 1985, p.14).

A situação foi discutida em conjunto com a Equipe da Saúde da Família 02 da UBS Paulo Roberto Martins, com a finalidade de levantar dados a respeito da comunidade adscrita. Foi realizado o diagnóstico situacional, estimativa rápida e plano de intervenção de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional

A partir desses dados, foi feita a priorização dos problemas, levando em consideração a urgência e viabilidade de uma intervenção. Foram elaboradas ações listadas no quadro abaixo com a intenção de modificar a situação base e promover um resultado satisfatório para a população.

Após esta etapa foi realizada revisão bibliográfica, com intuito de obter material de suporte para o desenvolvimento das ações de prevenção de quedas nos idosos, com pesquisa às bases de dados Pubmed, site de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação biomédica; Electronic Library Online (SciELO); na Biblioteca Virtual do Ministério de Saúde e da Universidade Federal do Paraná. Para a pesquisa foram utilizadas as palavras chave: Acidentes por Quedas, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Saúde na Terceira Idade.

<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Duração</b>	<b>Envolvidos</b>	<b>População alvo/ amostra</b>	<b>Data</b>
Priorização de problemas	Reunião com equipe da ESF	2h	Agentes comunitárias de saúde, Técnicas de enfermagem, Enfermeira, médica da equipe	Pacientes adscritos na área	16/09/20
Levantamento de dados dos domiciliados e acamados da área adscrita - ESF2	Reunião de equipe	8h	Agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem	Avaliação de prontuários levantamento de dados dos pacientes com histórico de quedas	23/09/20 e 30/09/20
Definir os objetivos do trabalho que são viáveis de serem realizados durante a Pandemia	Reunião com equipe da ESF	2h	Agentes comunitárias de saúde, Técnicas de enfermagem, Enfermeira, médica da equipe	Pacientes de risco, familiares e profissionais da área de saúde para auxiliar na transferência de informações	07/10/20
Pesquisa bibliográfica	Pesquisa	65h	Médica da equipe	-	16/09/20 a 09/11/20
Confecção e impressão de flyer informativo	Estudo de marketing e pesquisa de orçamentos	10h	Médica da equipe	-	05/11/20 a 30/11/20
Apresentação dos principais riscos e medidas que possam evitar quedas entre idosos para a população de risco e familiares	Conversa	200h	Técnicas de enfermagem, médica da ESF, pacientes de risco e familiares	Pacientes de risco e familiares	09/11/20 a 05/02/21
Apresentação dos	Reunião com ACS da	3h	Médicos da UBS Central, ACS e	ACS	09/12/20

principais riscos e medidas que possam evitar quedas entre idosos para as ACS e equipe de enfermagem	unidade central		equipe de enfermagem		
Apresentação o TCC	Apresentação de TCC através de vídeo e slides	1h	Aluna do Curso de especialização em atenção básica	Banca avaliadora	06/03/21

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 O Idoso Frágil

O idoso frágil é uma resultante de diversas circunstâncias correlacionadas, que podem ser agrupadas em antecedentes físicos: diminuição dos níveis de vitamina D, sarcopenia, aumento do estresse oxidativo, doenças inflamatórias, anemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, desregulação da secreção de cortisol, alteração dos biomarcadores do eixo imuno-endócrino e variabilidade de taxa metabólica de repouso; antecedentes sociodemográficos: arranjo familiar (morar só; viuvez), diminuição do apoio social, baixa escolaridade, baixa renda, sexo feminino, idade avançada (>75 anos); antecedentes comportamentais e ambientais: sedentarismo, polifarmácia, aumento de concentração de chumbo no sangue, hábitos alimentares irregulares, ser fumante passivo (MORAES, 2012).

Os antecedentes da fragilidade no idoso leva aos atributos da fragilidade no idoso: auto percepção de saúde ruim, comprometimento cognitivo, alterações em medidas antropométricas, obesidade sarcopenica desnutrição, diminuição da força de preensão palmar, exaustão (fadiga), perda de peso não intencional, alterações na marcha, uso de dispositivos auxiliares, baixa qualidade do sono, comorbidades, alterações na modulação autonômica cardíaca, anorexia,

aumento do nível de estradiol, aumento dos níveis de proteínas plasmáticas (adiponectina e glicoproteínas inflamatórias) (MORAES, 2012).

Esse conjunto de antecedentes e atributos tem como consequência a incapacidade funcional, quedas, medo de cair, risco de desenvolvimento de maiores complicações cirúrgicas e médicas, diminuição da qualidade de vida, aumento do número de consultas médicas, hospitalizações e mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar do envelhecimento estar diretamente ligado ao processo de fragilização, não é um fator primordial em sua definição de fragilidade, visto que existe um padrão heterogêneo em indivíduos da mesma idade. (NUNES *et al.*, 2016).

A Síndrome da Fragilidade do idoso é complexa e apresenta um estado de maior vulnerabilidade orgânica às doenças ou estresses agudos. O idoso frágil possui massa e força muscular reduzida, baixa energia para as atividades cotidianas ou sensação de exaustão, que apresenta perda involuntária de peso e marcha lentificada e não apenas uma pessoa com idade avançada (SBGG, 2020).

## **5.2 Queda em Idosos**

Segundo Siqueira, " queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade".

Cerca de um terço dos idosos sofre ao menos uma queda ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As repercussões das fraturas nos idosos vão desde a limitação funcional, comorbidades e até mesmo a morte. Sendo o acidente doméstico a principal causa de morte acidental em pessoas acima de 65 anos. Estudos mostram que um a cada 15 idosos com fratura de quadril irá morrer durante a hospitalização e mais de 30% irão morrer no ano seguinte à fratura (FULLER, 2000).

De acordo com a literatura nacional e internacional, quando mais avançada a idade, menor acuidade visual e auditiva, maior ocorrência de quedas, sendo a primeira um fator determinante. Também foram observados a

redução na qualidade e quantidade de informações para os idosos adotarem posturas corporais eficientes com o passar dos anos. (PEREIRA *et al.*,2013).

A ansiedade também contribui para a maior ocorrência de quedas, pois reduz a acuidade sensitiva através do desvio da atenção. Esse fator, somado com a instabilidade postural é agravado pelo condicionamento físico inadequado ou dificuldades na deambulação associados a comorbidades (PIMENTEL, 2015).

Com o envelhecimento é comum a presença de diversas patologias concomitantes o que facilita a polifarmácia, que pode ter o risco de associações medicamentosas prejudiciais agravadas principalmente quando o idoso é atendido por diferentes profissionais. O desequilíbrio hidroeletrólítico, vasodilatação periférica e alterações na capacidade de vigilância e concentração favorecem a queda (ALVES *et al.*, 2013).

Contamos ainda com os fatores domiciliares que representam um componente importante para as quedas, como uso de tapetes, ambientes mal iluminados, falta de barras de apoio, degraus, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### **5.3 Prevenção de Quedas em Idosos**

O papel da equipe de saúde da família é fundamental na prevenção dos quadros de queda.

As agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem que realizam acompanhamento domiciliar rotineiro das famílias são fundamentais no rastreio de idosos com risco e no auxílio de informações sobre medidas domiciliares a fim de reduzir os fatores domiciliares de risco, como evitar tapetes soltos, escadas e corredores devem ter corrimão nos dois lados, usar sapatos fechados com solado de borracha, colocar tapete antiderrapante no banheiro, evitar andar em áreas com piso úmido, evitar encerar a casa, evitar moveis e objetos espalhados pela casa, deixar a luz acesa à noite, para o caso de precisar se levantar, esperar que o ônibus pare completamente para subir ou descer, utilizar sempre a faixa de pedestres e se necessário, usar bengalas, muletas ou outros instrumentos de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar de não ter sido observado maior prevalência do evento entre os indivíduos com maior número de fatores de risco na residência, essas medidas

podem postergá-las ou torná-las menos graves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os nutricionistas podem auxiliar nas dietas visando melhor aporte de nutrientes em idosos desnutridos, com baixo peso ou redução da musculatura, prevenção de osteoporose, dietas especiais a depender das comorbidades associadas de cada indivíduo e orientação de hábitos alimentares irregulares (SILVA *et al.*, 2014).

É comum o quadro de desnutrição em idosos, que pode adiantar a redução de massa e força ou a capacidade de manter o equilíbrio. O quadro geralmente se instala de maneira comedida e pode não ser notada, a menos que seja rastreada o mais precoce possível. Assim, a triagem nutricional se faz necessária para identificar aqueles que estão em risco de desnutrição para a intervenção precoce. Os nutricionistas podem auxiliar nas dietas visando melhor aporte de nutrientes em idosos desnutridos, com baixo peso ou redução da musculatura, prevenção de osteoporose, dietas especiais a depender das comorbidades associadas de cada indivíduo e orientação de hábitos alimentares irregulares (SILVA *et al.*, 2014).

Os psicólogos são importantes no suporte de idosos com quadros depressivos, com sentimento de vulnerabilidade, que vivenciam redução do apoio social, mudanças no arranjo familiar e após os episódios de queda pois o idoso torna-se mais propício à baixa autoconfiança em realizar suas atividades de vida diária. Destaca-se ainda o acompanhamento dos familiares dos idosos comprometidos devido as fraturas decorrentes das quedas, pois muitas vezes necessitam de uma alteração de sua rotina e arranjo familiar.

Diversos estudos comprovam que a realização de atividades físicas regulares está relacionada a um menor risco de quedas, estando entre as maneiras mais efetivas de prevenção. Portanto os fisioterapeutas e educadores físicos têm um papel imprescindível na orientação para melhor postura dos idosos, alongamento, fortalecimento muscular e reabilitação dos idosos que apresentaram fraturas. (SHUBERT, 2011).

Por fim, a equipe médica além de reforçar os itens anteriores, deve estar atenta aos medicamentos utilizados pelos idosos que podem acarretar em distúrbios hidroeletrólíticos, o uso desenfreado de benzodiazepínicos e as interações medicamentosas. Ressalta-se ainda a necessidade do controle de

doenças metabólicas, como o diabetes, que é uma doença corriqueira na prática clínica e pode ser também um fator de risco para quedas, uma vez que leva à maior frequência de micção, gerando noctúria, o que faz com que a paciente se levante mais vezes durante a noite, e suas complicações que estão relacionadas à redução da função de nervos periféricos e à visão prejudicada (SILVA *et al.* 2007).

## **6 RESULTADOS**

Devido ao momento que o mundo tem passado com a Pandemia do COVID19 e o curto período para realização de um projeto de intervenção, pouco mais de 3 meses, houve prejuízo na elaboração de um projeto que obtivesse resultados nesse intervalo disponível.

Desta forma, o levantamento de dados dos domiciliados e acamados nas outras duas unidades de saúde foram prejudicados, visto que uma das UBS está com atendimento exclusivo para os sintomáticos respiratórios e não há equipe disponível para realizar o levantamento de dados conforme desejado. A Pandemia também inviabilizou a reunião com os médicos das outras unidades, palestras com as agentes comunitárias de saúde e equipe de enfermagem, pois não há salas amplas que comportem a equipe com o distanciamento necessário e por conta do aumento na demanda de atendimentos dos pacientes que foram realocados na unidade de referência de sintomáticos respiratórios para UBS Paulo Roberto Martins, sem apoio de novos médicos para colaborar com a alta demanda, não houve disponibilidade de um horário para realização da palestra online, segundo a gestão de saúde, por não se tratar de um problema prioritário no momento.

As visitas domiciliares também foram suspensas durante a Pandemia, com isso o acesso ao grupo de interesse também foi prejudicado.

Com os empecilhos encontrados, foram realizados debates com os 3 médicos presentes na UBS Central, com intuito de que cada médico transferisse as orientações para controle de queda em idosos para sua equipe e fornecidos flyers com orientações para a equipe e na sala de espera da UBS.

As quedas encontradas entre os usuários adscritos na ESF2 da UBS Paulo Roberto Martins, seguiram as características encontradas na literatura

sobre queda em idosos.

No levantamento realizado através dos prontuários de 182 pacientes que recebem visita médica de rotina por serem acamados ou possuírem alto grau de dependência cerca de um terço (35,1%) possuem histórico de queda nos últimos dois anos, a maioria pertencia ao sexo feminino (62,5%). A faixa etária com maior número de quedas foi igual ou superior a 80 anos (41,6%) sendo um fator determinante.

O uso de pelo menos um medicamento contínuo estava presente em 90,6% dos idosos, sendo que 39% faziam uso de mais de 5 medicamentos (polifarmácia). Os grupos de medicamentos mais utilizados foram os indicados para o sistema cardiovascular, metabolismo e sistema nervoso.

Os idosos com comorbidades significativas como estar acamados ou em uso de cadeira de rodas devido sequelas de quedas somaram 12,5%, sendo por fratura de fêmur e uma idosa por fratura de processo espinhoso de C4 e TCE. Outra limitação encontrada no estudo foi a falta de dados sobre o número de óbitos diretos e indiretos decorrentes de quedas.

Apesar das limitações, as associações encontradas entre as variáveis podem servir de base para outros estudos, incluindo pesquisas longitudinais, a fim de se estabelecer a causalidade entre os fatores. Sugere-se também avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores e familiares sobre esse risco, por serem importantes agentes relacionado à promoção da saúde do idoso.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As propostas são relativamente simples, contam com o apoio da comunidade, dos profissionais da ESF e atuantes da Unidade através do NASF. Sua aplicabilidade pode se estender a outras Unidades, posto que a Queda em Idosos é um problema de saúde presente em qualquer contexto social mesmo a nível nacional.

Os dados referentes a redução da porcentagem de queda entre os idosos serão vistos a longo prazo.

O estudo apresentou limitações em sua execução devido à falta de dados dos usuários do SUS na cidade de Sertanópolis-PR e pela Pandemia do COVID19, porém com o crescente número de idosos na população mundial e

levando em consideração o número de idosos com histórico de queda na ESF2 reforça-se a necessidade em prevenir a ocorrência desse agravo, com o intuito de garantir um processo saudável e digno de senilidade aos idosos.

## 8 REFERÊNCIAS

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico - Paraná Sertanópolis**, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.
3. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação **Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília ( DF)**: Ministério da Saúde; 2014 (acesso em 20 fev. 2021). Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvcmis/resource/pt/mis-37552>.
5. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):507-19. doi: 10.1590/1809-98232016019.150140.
6. Borges EO. Síndrome da fragilidade do idoso. Geriatria Goiânia. Acesso em 10 mar. 2021. Disponível em: <https://geriatriagoiania.com.br/voce-sabe-o-que-e-a-sindrome-da-fragilidade-do-idoso/>
7. Moraes, Edgar Nunes. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
8. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. **A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty)**. *J Aging Res Clin Pract*. 2016;5(1):24-30. Acesso em 10 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14283/jarcp.2016.84>.

9. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Síndrome da fragilidade e suas especificações**. Acesso em 10 mar. 2021. Disponível em: <https://sbgg.org.br/sindrome-da-fragilidade-e-suas-especificacoes/> (acesso em 20 fev. 2021). Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvcms/resource/pt/mis-37552>.
10. Siqueira FV. **Prevalência de quedas em idosos e fatores associados**. *Rev Saude Publica* 2007; 4(Supl. 5):749-756.
11. Fuller GF. **Falls in the elderly**. *Am Fam Physican* 2000;61: 2159-68.
12. Pereira GN, Morsch P, Lopes DGC, Trevisan MD, Ribeiro A, Navarro JHDN, et al. **Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos**. *Ciêns Saúde Colet*. 2013;18(12):3507-14.
13. Pimentel WRT, Pagotto V, Nakatani AYK, Pereira LV, Menezes RL. **Quedas e qualidade de vida de idosos**. *Geriatr Gerontol Aging*. 2015;9(2):42-8.
14. Shubert TE. **Evidence-based exercise prescription for balance and falls prevention: a current review of the literature**. *J Geriatr Phys Ther*. 2011;34(3):100-8.
15. Alves VS, Guerra VMCO, Pimentel ACFM, Bezerra JF, Paula EMB. **Atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na prevenção de quedas no idoso**. *Geriatr Gerontol Aging*. 2012;6(1):33-9.
16. JL, Marques APO. **Idosos institucionalizados: um estudo sobre o risco nutricional e seus fatores associados**.(mestrado) Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
17. Silva TM, et al. **A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos**. *Revista eletrônica de enfermagem* 2007; 9 (1): 64-78.

## 9 ANEXO

# Quedas

PREVENÇÃO É A MELHOR AÇÃO!

10 passos simples para evitar as quedas em idosos e reduzir os riscos de fraturas



1

**Fortaleça seus ossos!** Coma mais peixes, vegetais (ex. brócolis), leite, iogurtes e outros derivados do leite. Se necessário, procure um médico para suplementar sua ingestão diária de cálcio!

**Elimine obstáculos do chão!** Tapetes, fios e outros objetos deixados no chão são grandes provocadores de escorregões e quedas

2



3

**Instale suportes!** Corrimões, suportes em banheiros, sala e no quarto são grandes aliados.

**Use os sapatos corretos!** Sapatos com solas antiderrapantes, que abraçam o pé e que tem apoio no calcanhar são os ideais para evitar quedas

4



5

**Ilumine seu caminho!** Investir em maior número de lâmpadas, bem como instalar lâmpadas que ligam com movimento vale a pena - especialmente até o caminho do banheiro

**Medicação correta!** Respeitar a dose e horários passados pelo médico é muito importante. Lembre-se de avisar seu médico caso tenha qualquer efeito colateral!

6



7

**Faça exercícios físicos!** Exercícios como fisioterapia, hidroterapia e *Tai chi chuan* fortalecem a musculatura e melhoram o equilíbrio, reduzindo o risco de quedas

**Evite áreas com piso úmido!** Andar na calçada após chuva ou garoa ou andar no banheiro úmido são grandes geradores de escorregões e quedas

8



9

**Ande na rua com calma!** Atravesse na faixa de pedestre, não acelere o passo para tentar "pegar o sinal verde" e sempre espere o ônibus parar completamente antes de subir ou descer!

**Olhos e ouvidos atentos!** Sempre faça *check-up* para manter em dia a prescrição dos óculos e dos aparelhos auditivos quando necessários!

10



Maiores Informações e mais dicas para evitar quedas -->  
Cartilha Ministério da Saúde do Brasil.

**Dicas em saúde: Quedas em idosos**

([http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda\\_idosos.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html))