UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Thainara Lopes da Silva

VULNERABILIDADE DE QUEDA EM IDOSOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Juiz de Fora

2019

Thainara Lopes da Silva

VULNERABILIDADE DE QUEDA EM IDOSOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Scrito Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Saúde do Idoso
Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SILVA, THAINARA LOPES DA.
VULNERABILIDADE DE QUEDA EM IDOSOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO / THAINARA LOPES DA SILVA. -- 2019.
93 p.

Orientadora: ELENIR PEREIRA DE PAIVA
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Enfermagem. 2. Quedas. 3. Idosos. 4. Vulnerabilidade. I. PEREIRA DE PAIVA, ELENIR, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Thainara Lopes da Silva

VULNERABILIDADE DE QUEDA EM IDOSOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como um dos requisitos para o título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 02 de julho de 2019.

Aprovada em: 02/07/19

Elenir Pereira de Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF
Orientadora

Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Universidade Federal do Rio de Janeiro- EEAN
1ª Avaliadora

Cristina Arreguy Sena
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF
2 ª Avaliadora

Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo
Hospital Universitário
1° Suplente

Maíra Buss Thofehrn
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF
2° Suplente

Dedico este estudo a todos os idosos, em especial os que contribuíram para a construção desta pesquisa, por compartilharem suas histórias comigo, recebendo-me em suas casas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva, por todo ensinamento, pela pessoa generosa, competente, iluminada e compreensiva que sempre foi comigo. Obrigada pela confiança de sempre e por ter dedicado seu tempo a meu favor, desde a graduação, quando me ensinara os procedimentos de enfermagem na disciplina de fundamentos. Devo a você toda minha gratidão por ter contribuído em minha formação quando eu ainda nem sabia o que de fato era a enfermagem. Esteve ao meu lado durante todo o processo, ensinou-me a primeira punção venosa, o primeiro curativo, e até mesmo aferição de pressão arterial; mas hoje reconheço que seus ensinamentos ultrapassaram as técnicas executadas por mim, você me ensinou a ser humana, a me importar com o próximo, ensinou-me a cuidar.

Agradeço a todos os professores da graduação, por toda contribuição em minha formação, em especial à professora Cristina Arreguy Sena, que me acompanha desde o sexto período em seu grupo de pesquisa e foi minha orientadora do trabalho de conclusão de curso da graduação. Seus ensinamentos jamais serão esquecidos, esteve ao meu lado em um dos momentos mais difíceis da minha vida, sempre de braços abertos para me acolher e pronta para ensinar. É uma honra poder conviver com pessoas tão especiais como você!

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pelo diretor, Prof. Dr. Marcelo Silva Alves, e pela coordenadora do mestrado, Profª Dra. Nádia Sanhudo.

Agradeço aos professores do mestrado, por todos os ensinamentos compartilhados e por me tornarem uma pessoa melhor ao longo desses dois anos de troca.

Agradeço aos professores da banca examinadora, Profª Ana Beatriz, Cristina, Mariângela e Maira, por aceitarem com prontidão o convite para comporem a banca e pelas contribuições.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus por ter me dado sabedoria, capacidade e força, que foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Sem Ele, eu não teria percorrido nem metade dessa jornada.

Aos meus pais por todo o amor, exemplo e confiança em mim depositada; sou privilegiada por ter os melhores pais desse mundo. Ensinaram-me a ter resiliência e a não desistir. Em todos os momentos, foram minha força, meu braço direito e o motivo pelo qual eu me esforço para ser melhor a cada dia. Meu amor por vocês é incondicional, obrigada. Vocês são incríveis!

Aos meus irmãos pela preocupação, zelo, e carinho que sempre tiveram, Deus foi muito generoso comigo ao me dar três amigos eternos. Nossa cumplicidade me faz mais forte, essa conquista é nossa!

Ao meu amor, Érico, por entender meus momentos de ausência, por se colocar à disposição a qualquer hora e lugar; obrigada por se importar, pela confiança em mim e por toda ajuda oferecida, mesmo em momentos de muito estresse. Contar com você é um privilégio, amo você!

Aos meus amigos pelo colo e ombro, obrigada por tornarem meus dias mais tranquilos. Em especial, à minha amiga Adriana Carcereri, por todo suporte oferecido, por ser essa pessoa iluminada, sempre pronta a ajudar, obrigada por fazer parte da minha vida!

SILVA, T.L. **Vulnerabilidade de queda em idosos: estudo de método misto.** 2019. 93p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Orientadora: Dra. Elenir Pereira de Paiva.

RESUMO

Pesquisa de método misto convergente, realizada no domicílio de idosos. Objetivou-se analisar a vulnerabilidade e o risco de quedas para pessoas com idade ≥ 60 anos, avaliar a qualidade de vida dos idosos, e compreender as Representações Sociais sobre o risco de quedas. Amostra por seleção completa. Foram critérios de inclusão: idosos com idade ≥ 60 anos que possuíssem algum fator de risco ou vulnerabilidade para quedas, e todos os idosos com idade superior 80 anos; residir na área de cobertura de estratégia de saúde da família (ESF) da unidade básica de saúde (UBS) que os dados foram coletados; ser lucido; concordar a participar de forma não remunerada e voluntária. Os dados foram coletados através de entrevistas fechadas, em um questionário semiestruturado pesquisa do tipo *survey-descritivo,* os dados foram analisados com apoio do *SPSS* (estatística descritiva), *EVOC* (análise prototípica TRS). Atendidos todos os critérios éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos. Participaram 100 idosos assim caracterizados: 76% mulheres; 51% idade ≥75 anos; 42% categoria “outros” (união estável e com companheiro); 89% com filhos; 79% com anos de estudo ≤5. Em relação aos fatores de risco para quedas: 36% possuíam ≥ 80 anos; 38% possuíam mais cinco comorbidades; 61% polifarmácia; 20% possuíam histórico de alta hospitalar recente ou recorrente; 40% necessitavam de auxílio para desenvolver as atividades de vida diária (AVD); 32% possuíam fraturas; 30% insuficiência familiar; 15% instabilidade; 17% incontinência urinária; incontinência fecal 8%, instabilidade para locomoção 50%, e incapacidade cognitiva 10%. Quando investigado o perfil de vulnerabilidade clínico funcional: 22% possuíam baixa vulnerabilidade, 22% idosos com risco aumentado para vulnerabilidade, e em 56% a vulnerabilidade ou fragilidade já está instalada. Em relação a qualidade de vida os menores valores médios estavam relacionados a capacidade funcional (58,48%), limitação do aspecto físico (54,4%) e aspectos emocionais (56,4%). Foram componentes simbólicos emergentes da abordagem estrutural das representações sociais: saliências autorreferidas “medo; dor-machucou; nada”; saliências vinculadas ao evento e seu tratamento “queda-cair; deus-fé; profissionais-saúde”; e aquelas vinculadas as consequências “osso-quebrado; passar-mal-doença; casa-hospital”. Os conteúdos simbólicos representacionais e simbólicos sobre quedas permitiram identificar e compreender estressores intrapessoais, interpessoais, e extrapessoais, o que contribui para a atuação laboral do enfermeiro no atendimento ao idoso com vulnerabilidade e risco de quedas.

Palavras-chave: Enfermagem. Quedas. Idosos. Vulnerabilidade.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

SILVA, T. L. **Fall Vulnerability in the Elderly: Mixed Method Study.** 2019, 93p. Dissertation [Mastership in Nursing], Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais. Advisor: PHD Elenir Pereira de Paiva.

ABSTRACT

Convergent mixed method research conducted in the homes of the elderly.The objective was to analyze the vulnerability and risk of falls for people aged ≥ 60 years, to evaluate the quality of life of the elderly, and to understand the Social Representations about the risk of falls. Sample by complete selection. Inclusion criteria were: elderly individuals aged ≥ 60 years who had some risk factor or vulnerability to falls, and all elderly people over 80 years of age; residing in the family health strategy coverage area (FHS) of the basic health unit (BHU) that the data were collected; be lucid; agree to participate unpaid and voluntary. Data were collected through closed interviews, in a semistructured survey-type survey, the data were analyzed with the support of SPSS (descriptive statistics), EVOC (prototype analysis TRS). All the ethical and legal criteria involving research with human beings were achieved. There were 100 elderly people characterized: 76% women; 51% age ≥75 years; 42% category "other" (stable and comrade union); 89% with children; 79% with years of study ≤5. Regarding the risk factors for falls: 36% had ≥ 80 years; 38% had five additional comorbidities; 61% polypharmacy; 20% had a recent or recurrent hospital discharge history; 40% needed help to develop daily life activity (DLA); 32% had fractures; 30% family insufficiency; 15% instability; 17% urinary incontinence; 8% fecal incontinence, locomotor instability 50%, and cognitive impairment 10%. When investigating the functional clinical vulnerability profile: 22% had low vulnerability, 22% had an increased risk for vulnerability, and 56% had vulnerability or fragility. Regarding quality of life, the lowest mean values were related to functional capacity (58.48%), physical aspect limitation (54.4%) and emotional aspects (56.4%). The symbolic components emerging from the structural approach of social representations were: self-referential saliencies "fear; pain-hurt; nothing"; saliences linked to the event and its treatment "fall-fall; god-faith; health professionals "; and those bound to the consequences "bone-broken; disease-passing; house-hospital ". The symbolic representational and symbolic contents on falls allowed to identify and understand intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal stressors, which contributes to the nurses work in the care of the elderly with vulnerability and risk of falls.

Keyworks: Nursing. Falls. Elderly. Vulnerability.

Research line: Technology and Communication in Health Care and Nursing.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1- Esquema representativo de fatores para caracterização de “idosos frágeis” **29**

Figura 2- Trajetória de abordagens dos métodos e técnicas utilizados na presente investigação **40**

Figura 3- Esquema explicativo sobre o número de participantes incluídos na abordagem quantitativa **44**

Figura 4- Esquema ilustrativo do mapa conceitual, abordando as etapas metodológicas, a luz do método misto **45**

Figura 5- Esquema explicativo sobre o número de participantes incluídos na abordagem **49**

Figura 6- Estrutura esquemática representativa do quadro de quatro casas **51**

Figura 7- Quadro de quatro casas com esquema de características dos valores de frequência, rang e ordem média das palavras evocadas **53**

Figura 8- Conteúdos representacionais evocados pelos idosos **62**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Bases Legais para o Atendimento à Pessoa Idosa **25**

Quadro 2- Construção do dicionário de termos equivalentes, utilizando a semântica **50**

Quadro 3- Quadro de quatro casas, para acessar os conteúdos cognitivos de origem pessoal e coletiva dos idosos com risco de fragilidade para quedas. **61**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos (n=100). **54**

Tabela 2- Fatores de risco para quedas **56**

Tabela 3- Frequência obtida do questionário de qualidade de vida SF-36 para a população total de idosos **59**

Tabela 4- Classificação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional **57**

Tabela 5- Indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional por domínio **58**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVD	Atividades da vida diária
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DSC	Discurso do sujeito coletivo
e-SUS	Prontuário eletrônico do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
IASP	Associação Internacional de Estudos da Dor
MS	Ministério da Saúde
QID	Quadrante inferior direito
QIE	Quadrante inferior esquerdo
QSD	Quadrante superior direito
QSE	Quadrante superior esquerdo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF-36	Medical outcomes short-form health survey
SPSS	*Statistical Package for Social Sciences*
SUS	Sistema único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TECCSE	Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO..... 16
2 INTRODUÇÃO..... 19
3 OBJETIVOS..... 22
3.1 OBJETIVO GERAL..... 22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 22
4 REFERENCIAL TEÓRICO..... 23
4.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, QUEDAS NO PROCESSO DE SENESCÊNCIA, E OS FATORES PREDITORES DE QUEDAS..... 23
4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... 32
4.3 TEORIA DE BETTY NEUMAN..... 35
5 MÉTODOS E TÉCNICAS..... 39
5.1 ASPECTOS ÉTICOS..... 39
5.2 DELINEAMENTO..... 39
5.3 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES..... 40
5.4 ABORDAGEM QUANTITATIVA..... 43
5.4.1 Participantes..... 44
5.4.2 Instrumento de Coleta de Dados..... 46
5.4.3 Processo de Coleta e Análise de Dados..... 46
5.5 ABORDAGEM QUALITATIVA..... 48
5.5.1 Participantes..... 48
5.5.2 Instrumento de Coleta de Dados..... 49
5.5.3 Processo de Coleta de Dados..... 49
5.5.4 Análise dos Dados..... 50
6 RESULTADOS..... 54
6.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA..... 54
6.1.1 Caracterização Sociodemográfica..... 54
6.1.2 Fatores de risco para quedas..... 55
6.1.3 Índice de vulnerabilidade Clínico Funcional..... 57
6.1.4 Escala de Qualidade de Vida SF-36..... 59
6.2 ABORDAGEM QUALITATIVA..... 60
7 DISCUSSÃO..... 63
7.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA..... 63
7.2 ABORDAGEM QUALITATIVA..... 69
7.2.1 **Teoria das Representações Sociais**..... 69
7.2.2 **Implicações das quedas e seus fatores para o cuidado de enfermagem à luz do referencial dos Intersistemas de Neuman** 73
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 76
9 REFERÊNCIAS..... 77
APÊNDICE..... 86
APÊNDICE A..... 86
ANEXOS..... 87
ANEXO A 87
ANEXO B..... 89
ANEXO C..... 93

1 APRESENTAÇÃO

Por observar a complexidade do ser humano, sempre busquei adentrar na dimensão do cuidado com o próximo. Muito antes de cursar a graduação, eu admirava as facetas do cuidado, a capacidade que possuímos de amenizar a dor e sofrimento de quem está ao nosso redor. A graduação me proporcionou isso, a habilidade de cuidar do próximo embasada no conhecimento científico. Além disso, trouxe reflexões profundas sobre a minha prática, possibilitou-me compreensão e busca de questões até então não reveladas, e, a partir de daí, eu comecei a compreender meu papel diante do processo de cuidado.

A primeira disciplina que cursei na graduação foi a de história da enfermagem, ela abordava os primórdios de minha profissão, os fundamentos e questões que nortearam Florence Nightingale a “fundar” a enfermagem; aprendi também como as pesquisas realizadas na época contribuíam para melhorias na qualidade do atendimento e o avanço do cuidado.

No decorrer dos períodos, várias foram as disciplinas ministradas, a fim de que tivéssemos a compreensão do indivíduo em sua totalidade, disciplinas de sociologia, psicologia e, até mesmo, antropologia filosófica davam subsídios para minha atuação no momento de interação com indivíduo e sua família. Tive também aquelas voltadas para diversas faixas etárias e grupos, como a de saúde da mulher, saúde da criança, entre outras.

Algo me chamou atenção quando cursei a disciplina de saúde do adulto, pois ela possibilitava uma visão mais profunda, aprendi a realizar exame físico, a manipular respiradores mecânicos, sondas, drenos, cateteres, entre outros, mas havia apenas duas aulas voltadas para o cuidado com a saúde do idoso. Buscando compreender de forma mais ampla todas as questões que ainda não haviam sido respondidas e visando a uma enfermagem humanizada, reflexiva, e embasada no conhecimento científico, tive a oportunidade de entrar para o grupo de pesquisa intitulado: “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem – TECCSE”.

A troca de experiência com alunos da graduação, mestrado e doutorado possibilitava uma compreensão ampla sobre pesquisas nacionais e

internacionais, metodologias e *softwares* de análise, despertando em mim o gosto pela pesquisa ainda muito cedo, desde o sexto período da faculdade.

Foi em decorrência desde grupo de pesquisa que pude atuar em um centro de hemodiálise, no qual realizei meu trabalho de conclusão de curso, o que me oportunizou conhecimento imensurável, mas pude perceber que a maior parcela dos que estavam realizando o tratamento eram idosos.

Além disso, em um dos meus estágios em uma liga acadêmica, atuei no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), quando, mais uma vez, o número de idosos atendidos era extremamente elevado, a maioria das ocorrências advinha da incapacidade de locomoção dessa parcela da população, uma vez que era alto o número de acidentes por quedas, principalmente no ambiente domiciliar.

Refletindo sobre minha prática e vivência, surgiram indagações sobre a população idosa, visto que o número de pessoas da terceira e quarta idade vem aumentando progressivamente, minha preocupação estava relacionada à qualidade de vida desses idosos. Com a transição demográfica, é notório o aumento dos índices de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e, em decorrência dessas doenças, índices elevados de medicalização e, por consequência, o aumento no número de quedas[9].

Diante do exposto, surgiram algumas indagações: como é a qualidade de vida desses idosos? Qual a frequência do risco de quedas para pessoas idosas? Como esses idosos entendem o processo de envelhecimento e queda no âmbito das representações sociais? A adaptação do ambiente domiciliar interfere no número de quedas? Quais as possibilidades terapêuticas de inserção do enfermeiro para prevenção de quedas?

Na busca de responder minhas indagações e pesquisando na literatura subsídios para a construção deste estudo, ele foi estruturado com base em algumas questões. Primeiramente, para conhecer a população idosa investigada, busquei traçar o perfil sociodemográfico de pessoas com idade superior a 60 anos, por meio de algumas variáveis, como: sexo, profissão, cor de pele autodeclarada, número de filhos, escolaridade, entre outros, bem como os fatores de risco para fragilidade em idosos, que os tornam mais susceptíveis

a queda. São eles: ser maior de 80 anos, possuir mais de cinco comorbidades, fazer uso de mais de cinco medicações diferentes por dia, possuir história de internação frequente, alta hospitalar recente, necessitar de auxílio para as atividades de vida diária, possuir fraturas osteoporóticas, insuficiência familiar, imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal, instabilidade para locomoção e incapacidade cognitiva.

Em um segundo momento, a fim de identificar a qualidade de vida desses idosos, foi aplicada a escala SF-36 (traduzida da versão original *Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36*). E, em um terceiro momento, realizei a aplicação de outra escala direcionada para avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), que permite aferir quão vulnerável estão as pessoas idosas e o risco para desenvolvimento de quedas.

Por fim, busquei compreender a percepção individual e coletiva dos sujeitos sobre quedas, por meio da Teoria das Representações Sociais (TRS), a abordagem utilizada foi a estrutural, proposta por Abric; fazer uma releitura dos resultados à luz de Neuman.

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo a Portaria n° 2.528[1], são consideradas idosas aquelas pessoas com idade superior a 60 anos. Em decorrência da transição demográfica em várias localidades[2], o envelhecimento vem sendo discutido devido a grande impacto e repercussão para a qualidade de vida dos idosos.

A preocupação com o processo de envelhecimento populacional é atual, o processo de transição teve início no século XX. A partir de 1940, com a modernização da economia social implantada no país, tem-se o aumento do uso de tecnologias médico-sanitárias, o que diminui a mortalidade. Com o passar dos anos, nota-se o declínio da taxa de natalidade e a progressão do número de idosos.

A expectativa de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos de 1960 a 2010; em contrapartida, o número médio de filhos por mulher caiu de 6,3 filhos para 1,9.[3] O número de idosos era 4,8 milhões em 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017.[4]

A população brasileira está estimada em 207 milhões de habitantes e, em menos de uma década, o número de idosos aumentou em 8,5 milhões; o Brasil tem hoje 26 milhões de pessoas acima de 60 anos, e, em 2027, estimam-se aproximadamente 37 milhões.[5]

O processo de envelhecimento é definido por transformações de órgãos e tecidos. Ele é acompanhado por alterações fisiológicas nos sistemas gastrointestinal, hepático, respiratório, cardiovascular, renal, imunológico, sistema nervoso central e musculoesquelético. Com o avanço da idade e o declínio fisiológico, a ocorrência de doenças aumenta, tornando o idoso cada vez mais frágil.[6]

Alterações próprias do envelhecimento ocorrem no sistema musculoesquelético, como a diminuição da massa corporal magra, desmineralização óssea, rigidez muscular em quadris, joelhos e ombros levam a diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa, ocasionando a redução da mobilidade, dificuldade na marcha, consequentemente tornando-a mais susceptível a queda.[6]

As quedas são caracterizadas pelo “deslocamento involuntário e não intencional do corpo para um nível inferior ao atual, podem ser ocasionadas em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos”[7]. Elas apresentam impacto na saúde pública, uma vez que muitos são os custos direcionados para o tratamento após a queda: como cirurgias e despesas com reabilitação. Além de custos e despesas mensuráveis financeiramente, as quedas possuem um grande impacto psicológico, geram medo e tornam o idoso que caiu dependente para realização de atividades diárias.[7,8]

Segundo dados de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em todo o Brasil, o número de quedas em idosos aproxima-se de 30%, sendo que 50% dos idosos que caem fraturam o fêmur, e apenas um em cada quatro idosos tem sua autonomia resgatada, o que revela o impacto que das quedas na vida dessas pessoas.

Além disso, idosos que já sofreram quedas têm de 60% a 70% mais chances de repetir o evento; atrelado a isso, estudos apontam que a incidência de queda ocorre em sua maioria no ambiente domiciliar, em torno de 60% decorrentes de fatores modificáveis, o que revela a importância de ações educativas que visem à prevenção de quedas em idosos.[9]

No Sistema Único de Saúde (SUS), o número de internações por quedas foi quase 400 mil; com um gasto de aproximadamente 465 milhões de reais, provenientes dos valores de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em um período de cinco anos (entre 2005 e 2010).[10]

Ao analisar as quedas à luz da inserção do profissional enfermeiro, é possível identificar que ele está inserido em todo o processo de saúde-doença e deve ser responsável por planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Além disso, é ele quem está em contato direto com o idoso e a família, na busca constante em proporcionar qualidade de vida, bem como no resgate pela autonomia durante a recuperação.

O enfermeiro é capacitado para atuar tanto na prevenção de quedas como na recuperação, juntamente com uma equipe multiprofissional, realizando educação em saúde e auxiliando os idosos a compreenderem suas

limitações, modificando o ambiente domiciliar com medidas necessárias para reduzir os índices de quedas.[11]

Diante do exposto, o objeto desta investigação foi a vulnerabilidade de quedas em pessoas com 60 anos ou mais, através da observação qualidade de vida desses idosos, da análise da avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional, com vistas a compreender a percepção individual e coletiva por meio da Teoria das Representações Sociais (TRS) e ainda, com base na Teoria de Betty Neuman, entender como o enfermeiro se insere nesse processo.

A realização deste estudo se alicerça nas seguintes justificativas: 1) O número crescente de idosos evidenciado pela transição demográfica no Brasil e no mundo; 2) O aumento de doenças crônicas não transmissíveis que podem ocasionar maior debilidade e dificultar a locomoção, levando consequentemente à ocorrência de quedas; 3) O elevado índice de quedas e fraturas, aumentando os índices de dependência, morbidades e mortalidade; 4) Essas quedas ocorrerem em sua maioria no ambiente domiciliar, fator que poderia facilmente ser modificado; 5) A enfermagem ser a profissão de contato direto com o idoso e a família, além da responsabilidade do enfermeiro em realizar planejamento das ações preventivas e educativas, visando à diminuição do número de quedas em idosos.

3 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados os objetivos gerais e específicos.

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar a vulnerabilidade e a qualidade de vida dos idosos o risco de quedas para pessoas com idade ≥ 60 anos, avaliar a qualidade de vida de idosos e compreender as Representações Sociais de idosos sobre o risco de quedas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos por meio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36, com as variáveis: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, saúde geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
- Avaliar a capacidade funcional dos idosos.
- Identificar os elementos simbólicos de pessoas idosas sobre quedas, as possíveis Representações Sociais de idosos, por meio dos conteúdos cognitivos evocados por eles, segundo a corrente teórica de Abric, na abordagem estrutural, identificando os conteúdos presentes no núcleo central, área de contraste e periferias.
- Refletir sobre as possibilidades de inserção do enfermeiro a partir das evidências identificadas, para o processo de cuidado de pessoas maiores de 60 anos com risco de queda à luz da Teoria de Betty Neuman.

Foi criado um pressuposto para alicerçar a etapa qualitativa.

Os idosos possuem sentimento de medo de queda, uma vez que reconhecem que a queda pode levar a uma fratura e tornar o idoso dependente para desempenhar as atividades de vida diária.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentar teoricamente a realização da presente investigação, foram adotados os seguintes eixos: 1) O envelhecimento populacional, quedas no processo de senescência e os fatores preditores de quedas; 4) Teoria das Representações Sociais; 5) Teoria de Betty Neuman.

4.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, QUEDAS NO PROCESSO DE SENESCÊNCIA E OS FATORES PREDITORES DE QUEDAS

Por um longo período, o Brasil foi reconhecido pela quantidade extensa de famílias numerosas. Até o ano de 1940, as taxas de natalidade variavam de sete a nove filhos por mulher.[12]

Em decorrência dos fluxos migratórios que ocorreram na década de 1970 e a urbanização, muitas mulheres se deslocavam do campo para a cidade, o que ocasionou um aumento da participação feminina no mercado de trabalho, contribuindo para redução no número médio de gestações, comportamento que justifica a diminuição na taxa de natalidade. A difusão de novos comportamentos reprodutivos vem atingindo não só o Brasil, mas todos os estratos sociais.[12,13] As taxas de mortalidade também eram elevadas devido à precariedade dos serviços de saúde e adoecimento decorrente de fatores preveníveis, como a falta de saneamento.[13]

Com o desenvolvimento da saúde pública, expansão da previdência, urbanização, avanços na produção e importação de medicamentos e o progresso de tecnologias, as taxas de mortalidade têm se tornado cada vez menores.[12]

Em decorrência desses fatores, verifica-se o aumento da população idosa e a inversão da pirâmide populacional; o número de jovens tem sido cada vez mais ínfimo e o quantitativo de idosos vem se apresentando inverso a este declínio. Segundo Renato Veras (2007, p.2):[15]

> O Brasil é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e algumas com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira

> idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008 um aumento de 700% em menos de cinquenta anos.

Faz-se importante esclarecer que o envelhecimento está diretamente relacionado às conjunturas sociais e econômicas, que estão ligadas à singularidade de cada país. Tal fato pode ser aferido pelas estatísticas do ano de 2017, no qual o número de idosos brasileiros ultrapassou a marca de 30 milhões, havendo estimativas que corroboram o entendimento de que há a propensão de que, em 2031, com a transição demográfica, o número de idosos com idade ≥ 60 anos seja superior ao número de crianças de 0 a 14 anos. [16]

Sabe-se que a população idosa tem vivido mais, mas a questão aqui discutida seria como essas pessoas estão envelhecendo. Ao figurar essa pirâmide, pode-se refletir sobre a necessidade da criação de políticas e estudos científicos voltados para a atenção integral da pessoa idosa.

No ano de 2006, foi criado pelo Ministério da Saúde o “Pacto Pela Vida”, programa que firmava um acordo entre as três esferas de governo para a reforma de aspectos vigentes, redefinindo responsabilidades de forma coletiva em função de suprir as demandas encontradas na saúde da população.[17]

O Pacto pela Vida possui metas a serem alcançadas e engloba seis prioridades: “**saúde do idoso**; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica”.[17] Nesse Programa, são considerados idosos todos aqueles com idade superior a 60 anos. A meta visa priorizar aspectos que atendam os idosos de forma integral, garantindo um envelhecimento saudável.

O Pacto pela Vida, em especial a assistência à população idosa, está relacionado aos seguintes critérios de atenção:[17]

> Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às

> ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de gestão, p. 10).

Como estratégia para melhorar a saúde do idoso, enquadram-se a Caderneta da pessoa Idosa, Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente a Distância, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação, Atenção domiciliar.

Todas as medidas adotadas buscam a integralidade da assistência prestada em caráter multiprofissional. Além das estratégias estabelecidas por esse programa, cabe aqui mencionar as bases legais (Quadro 1) para o desenvolvimento de políticas voltadas para a população idosa.

Quadro 1- Bases Legais para o Atendimento à Pessoa Idosa

Bases Legais para o Atendimento à Pessoa Idosa	Lei nº. 8.842, de 04/01/1994	Política Nacional do Idoso
	Portaria nº. 1.395, de 09/12/1999	Política Nacional de Saúde do Idoso
	Portaria nº. 249, de12/04/2002	Normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do Idoso
	Portaria nº. 702, de 12/04/2002	Organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso
	Portaria nº. 703, de 12/04/2002	Assistência aos portadores da Doença de Alzheimer
	Portaria nº. 738, de 12/04/2002	Assistência domiciliar geriátrica
	Resolução SES nº. 1.141, de 26/08/2002	Cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso

	Lei nº. 10.741, de 01/10/2003	Estatuto do Idoso
	RDC n°. 283, de 26/09/2005	Regulamento Técnico que define Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI, de caráter residencial

Fonte: As autoras, jun/2019.

Com base no exposto, é possível perceber que o Ministério da Saúde (MS) tem criado políticas que visam ao avanço das Unidades Básicas de Saúde para melhor atender as pessoas de terceira e quarta idade, mas como essas políticas as têm alcançado? Possuem efetividade assistencial?

O Brasil está se tornando um país com elevadas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o que indica que o envelhecimento muita das vezes não vem acompanhado de uma qualidade de vida. É necessário que as políticas públicas sejam capazes de viabilizar a redução dessas doenças e a prevenção de agravos. As DCNTs tornam os idosos cada vez mais frágeis e, como resultado dessa fragilidade, pode-se observar o crescente número de quedas.[19]

A classificação da idade cronológica de um indivíduo está ligada à condição socioeconômica de um país. São consideradas idosas pessoas acima de 60 anos em países em desenvolvimento e, em países desenvolvidos, idosos são aqueles com idade igual ou superior a 65 anos.

O processo de envelhecimento não ocorre da mesma forma para todos, uma vez que não se limita a uma faixa etária, é consequência de hábitos adotados ao longo da vida. As mudanças biológicas deixam os idosos mais frágeis e fisicamente incapacitados.[8]

A perda da capacidade funcional é representada por vários fatores, entre eles os episódios de quedas, que podem tornar o idoso dependente de cuidado. Evidenciou-se que 88% de idosos que sofreram quedas têm medo de cair novamente, o que restringe a realização de tarefas e afeta a vida social.[20]

Estudos[20] demonstram que, há dez anos, as quedas se davam em média de 14% entre 65 e 74 anos, 35% entre 75 e 84 anos e 51% acima de 84

anos. Estes dados confirmam que, com o envelhecimento, aumenta a possibilidade de acontecer acidentes. Quedas entre idosos se caracterizam como um problema de saúde pública no país, em virtude da frequência com que acontecem, ocasionando aumento na morbidade e mortalidade e no custo para saúde. Cabe salientar que são eventos possíveis de prevenção. Elas representam um dos maiores motivos de internação de idosos no Brasil, sendo que 28% a 35% das pessoas acima de 65 anos caem pelo menos uma vez ao ano, e estes percentuais aumentam considerando pessoas acima de 70 anos. Um estudo apontou que 60% a 70% das quedas ocorrem no ambiente domiciliar.

A queda é um evento definido [21] como “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade”. Os fatores causadores desse problema podem ser divididos, didaticamente, em três tipos[9]: 1) Fatores Intrínsecos, nos quais as causas das quedas se relacionam com o estado de saúde do indivíduo. Entre eles, citam-se: idade, sexo feminino, presença de comorbidades, uso de determinados medicamentos e polifarmácia – uso de mais de cinco medicamentos simultaneamente; 2) Fatores Extrínsecos ou Ambientais, que são aqueles relacionados ao ambiente que cerca o indivíduo, ora em sua própria moradia, ora por dificuldades de acesso, por exemplo: baixa iluminação, tapetes e móveis de centro, ruas e guias mal sinalizadas e malconservadas, entre outros; 3) Fatores Comportamentais – acredita-se que as pessoas pouco e muito ativas são as mais vulneráveis a queda. Atribui-se aos fatores extrínsecos a maior parcela de responsabilidade das causas de quedas. Elas concorrem, direta ou indiretamente, para o óbito dos pacientes idosos em 12% dos casos[22]. Nesses casos deve-se pensar na subnotificação de determinadas quedas que causariam esses desfechos.

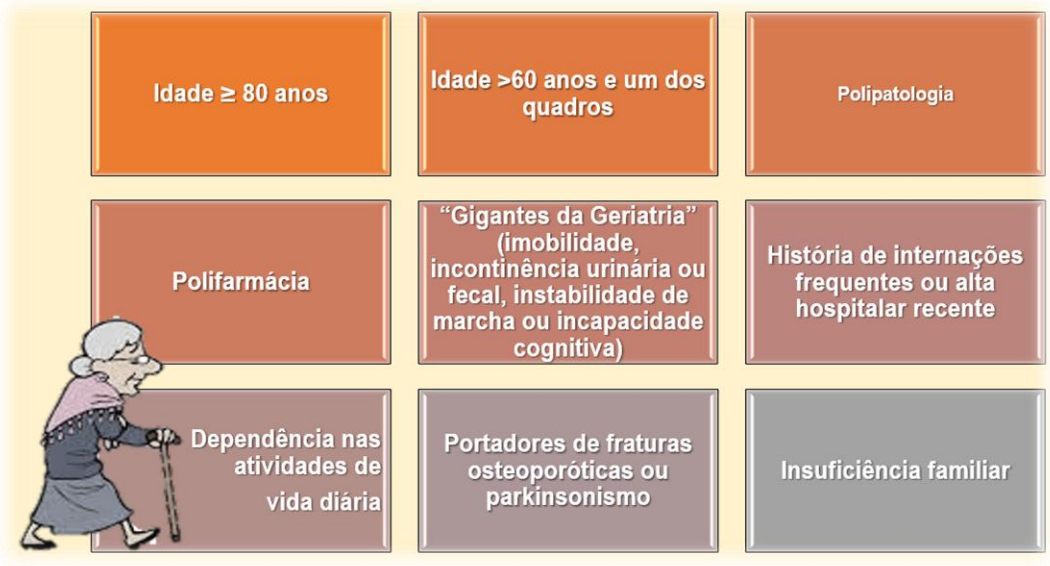
Provocam ainda danos que iniciam ou pioram quadros mórbidos, sendo os principais as fraturas. As mais comuns são as de fêmur, rádio distal, corpos vertebrais, arcos costais e quadril. Esta última, doença devastadora que cursa com mortalidade de 30% em um ano de pós-tratamento, mesmo em tempos que tecnologias vêm sendo utilizadas.

Mesmo que não haja trauma maior, o medo de cair já é encontrado em trabalhos como consequência da queda, limitando as habilidades e atividades de vida diária do idoso e causando dependência e depressão, o que, por si só, já predispõe a novas quedas[22]. O aumento da incidência de quedas na população de idosos, crescente, deve ser foco de projetos de prevenção exaustiva, uma vez que a prevenção das quedas em nível primário tem custos ínfimos frente àqueles das internações e recuperações de cirurgias para esses indivíduos, isso sem contar a morbidade[23].

Entre as intervenções orientadas pela literatura, as principais são otimização medicamentosa, exercícios físicos e correção de fatores ambientais, além de utilização em doses elevadas de vitamina D, de 700 a 800 IU diárias, por via oral, para idosos a partir dos 65 anos, devido ao risco acrescido de fratura.[24]

Considerada um dos “gigantes da geriatria”, a queda compõe um sinal de alerta para o declínio funcional do idoso, que evoluirá até a situação de “frágil” num *continuum* caso não haja influência direta da atenção em saúde.[9] A identificação desses usuários com necessidades especiais tem função preventiva dentro do trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS) na comunidade. Cerca de 7% dos idosos acima de 60 anos e 20% dos acima de 80 anos podem ser considerados frágeis, pois possuem diminuição da reserva energética e da capacidade de resistir ao estresse. O usuário deve ser considerado com “de alto risco” para fragilidade e desfechos negativos, incluindo mortalidade quando apresentar um ou mais dos quadros abaixo (**Figura 1**).

Figura 1- Esquema representativo de fatores para caracterização de “idosos frágeis”



Fonte: as autoras, jun/2019.

Os indivíduos frágeis devem ser de conhecimento específico da equipe assistencial, pois deverão ser alvo de supervisão próxima e longitudinalidade especialmente. A longitudinalidade é o conhecimento, por parte da Equipe de Saúde da Família, dos agravos apresentados, do histórico, o que aumenta o índice de suspeição para determinadas doenças enquanto evita o desgaste de refazer uma busca de problemas de saúde. Faz-se importante conhecer os fatores preditores de quedas, uma vez que a prevenção deve estar relacionada a mudanças de comportamento antes que a queda já tenha ocorrido e as possíveis lesões já estejam instaladas.

Além das limitações fomentadas pelas quedas, a dificuldade de lidar com o medo de cair novamente torna o idoso dependente de cuidados para executar atividades da vida diária (AVD). Para que o idoso não se torne dependente em decorrência de uma fratura ou até mesmo pelo medo de cair, é necessário conhecer quais fatores são preditores de queda para intervir de forma sistematizada.[25] Estes fatores são aqueles que contribuem para o desenvolvimento da queda e podem ser classificados como fatores concernentes ao indivíduo e fatores externos a ele, advindos do ambiente[7].

Como mencionando anteriormente, o processo de envelhecimento gera no idoso algumas alterações que o tornam mais susceptível a desenvolver a queda. Esses fatores podem ser considerados como preditores de quedas, eles advêm, em sua grande maioria, de transtornos da marcha e do equilíbrio e podem ser resultado da disfunção de vias **sensoriais aferentes**, disfunção do sistema **nervoso central**, disfunção das vias **efetoras eferentes** e do sistema **musculoesquelético**. [25]

A alteração de vias sensoriais aferentes compreende alguns sentidos, como visão, sistema vestibular, propriocepção, disfunção sensorial múltipla. A visão contribui para o equilíbrio do idoso. Patologias que acometem a acuidade visual estão relacionadas à instabilidade postural e consequentemente às quedas; o sistema vestibular também contribui para a estabilidade postural, uma vez que é responsável pela orientação espacial em repouso, além de controlar a fixação do olhar durante o movimento; indivíduos com alterações de propriocepção têm dificuldade em manter o equilíbrio de olhos fechados. Na disfunção sensorial múltipla, ocorre a junção dos fatores anteriormente mencionados e ela pode estar associada à presença de *diabetes Mellitus*. [9,25]

Na disfunção do sistema nervoso central, as áreas do córtex frontal são responsáveis pelo controle motor, planejando e realizando movimentos. Três áreas são essenciais para o desenvolvimento da marcha: córtex motor primário (responsável pelo controle de força muscular e direção do movimento); área pré-motora (gera resposta motora aos estímulos externos); e área motora suplementar (responsável pelo preparo da execução de movimentos). [9,25]

As disfunções das vias efetoras eferentes e musculoesqueléticas estão associadas a neuropatias periféricas que causam fraqueza distal, artropatias degenerativas (mais frequente em mulheres), fraqueza muscular (associada à redução da mobilidade pela falta de condicionamento físico), deformidades nos pés (ex: calosidade, joanetes) e a síndrome da desadaptação psicomotora (desequilíbrio, tendência a cair na posição ortostática). [9,25]

Além dos fatores intrínsecos, adquiridos pelo processo de envelhecimento, as quedas podem ter origem externa e, como mencionado

anteriormente, ocorrem com maior frequência no ambiente domiciliar. Portanto, para reduzir o número de que quedas no domicílio, é necessário conhecer o local onde o idoso reside e, principalmente, quais fatores são responsáveis por contribuir com o aumento do número de quedas dentro de casa.

Como fatores preditores de quedas no ambiente domiciliar, pode-se considerar que cada cômodo da casa possui potencialidade para causar quedas, quando não adaptado para o idoso. Cômodos com muitos móveis, tapetes não fixados ao chão e pouca iluminação podem contribuir para o aumento dos casos de queda. Outros lugares que merecem um olhar atento são o quarto onde o idoso dorme, banheiro, cozinha, sala e escadas. [9]

O dormitório do idoso apresenta grandes riscos para quedas se não for adequado, tais como guarda-roupas e cabides de difícil acesso, ausência de cadeira para o idoso se apoiar ao trocar de roupa, cama com altura inadequada (<45cm) ou ausência de colchão firme. [9]

No banheiro, deve-se atentar para a necessidade de pisos antiderrapantes. Lavabo de difícil acesso ou pouco fixo, altura do vaso sanitário, ausência de barras de apoio, boxe com abertura difícil e cortinas instáveis tornam o ambiente susceptível para quedas em idosos.[9] Na cozinha, armários altos, em que é necessário o uso de escadas para alcance de objetos, pia com vazamentos, com acúmulo de água no piso, tornando-o escorregadio também são propícios para quedas. [9] Na sala, móveis dispostos de maneira que dificulte a locomoção, tapetes soltos, baixa iluminação, altura do sofá, tudo isso contribui para o aumento do número de quedas.

Além desses fatores preditores de quedas, pode-se observar o grande número de idosos que caem de escadas. Portanto estas devem possuir revestimento antiderrapante, corrimão bilateral sólido para que as quedas sejam evitadas; a falta de uniformidade nos degraus também pode contribuir para a incidência delas no ambiente domiciliar. [9]

A seguir, serão apresentados os referenciais teóricos metodológicos utilizados para alicerçar a presente investigação.

4.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais traduzem os conteúdos simbólicos que o sujeito cria por meio de seu vínculo com o objeto. Elas são construídas sob um determinado cenário histórico, econômico e cultural e refletem o que é produzido pelo sujeito, tornando possível conhecer sua realidade social.[26, 27]

São compostas pela expressão de sentimentos, comportamentos, informações, valores e imagens de determinado grupo social. Portanto, podem ser consideradas a base da tomada de decisões e a justificativa da forma que a comunicação social se dá diante de um objeto ou evento.[27]

Para que as representações sociais existam, são necessárias quatro características bases, são elas: 1) Utilidade social (revelam o comportamento de um grupo, tornando possível elaborar intervenção, pois possibilitam a compreensão e interpretação do ambiente social); 2) Compartilhamento (para representar os elementos representacionais, o grupo deve possuir conhecimento em relação ao objeto e características semelhantes); 3) Organização (o objeto deve ser conhecido por todos os sujeitos do grupo, de maneira que a interação torne possível alocar as definições que irão compor os elementos da Representação Social) e 4) Produção coletiva (o conceito de determinado objeto obtido do senso comum permite a troca de saberes entre os sujeitos).[27,28]

A TRS foi germinada por Serge Moscovici, em 1950, partindo do conceito de Representações Coletivas de Émile Durkheim; Moscovici buscava entender como a psicanálise era compreendida pela sociedade francesa. A introdução da TRS deu-se no campo da psicologia social no início da década de 1970, através do estudo “A psicanálise, sua imagem e seu público”, publicado no Brasil, em 1978, intitulado “A representação social da psicanálise”.[29,30,31]

A teoria criada por Moscovici, tendo como discípula Denise Jodelet (análise processual) deu origem a diferentes correntes teóricas complementares, pois possuem a mesma origem epistemológica, a saber: Societal constituída Willem Doise; e estrutural proposta por Jean-Claude Abric.[27,31]

A abordagem Processual corresponde à forma de elaboração e compartilhamento dos conteúdos cognitivos de cada grupo. Portanto, são expressos sua realidade e valores. Essa abordagem deu ênfase aos discursos das pessoas e grupos, ainda se baseou na hipótese de as Representações Sociais serem uma forma de ligar o sujeito ao objeto.

Jodelet elaborou três perguntas para conduzir a abordagem em que se aprofundou. São elas: “Quem sabe e de onde sabe?”, que diz respeito ao contexto sociocultural e à relação entre grupos e sujeitos, visando à difusão das Representações Sociais; a segunda é “O que e como se sabe?”. Esta analisa como é formada a representação e possíveis transformações que venham a surgir; a terceira pergunta, “Sobre o que se sabe e com que efeito?”, trata do conhecimento e da conversão de um tipo de saber em outro.[32,33]

Duas concepções embasam os processos para construção das Representações Sociais: ancoragem e objetivação. A objetivação é definida como a transfiguração de um conceito, ideia ou opinião sobre algo, faz referência de como o objeto será construído e elaborado, sendo passível de mudança de acordo com a vivência de cada grupo.[32]

A ancoragem visa aproximar o sujeito do objeto, ela antecede a objetivação.[32] O método de ancoragem reflete uma relação positiva, negativa ou neutra do objeto, o que torna possível categorizar os conteúdos cognitivos, além da comparação e julgamento dos sujeitos em relação aos valores, de acordo com o contexto em que estão inseridos. A ancoragem desempenha um papel importante, pois constitui a operacionalização e concretização das Representações Sociais. Portanto ancorar e objetivar seria tornar habitual, associar, dar nome e preconceber um objeto, pois, ao dar nome, o sujeito é capaz de representá-lo.[32,33]

A abordagem Societal notabiliza a inserção social do indivíduo como elemento determinante da construção da RS, reforçando a importância do conceito social em que o indivíduo está inserido, através do cumprimento de normas e do conceito político, pois eles justificam os comportamentos adotados pelos sujeitos. Essa abordagem contempla quatro níveis de análise: intraindividual (que diz respeito à forma de alocação das experiências do

indivíduo); intergrupais (ressalta as relações de diferentes indivíduos e grupos); interindividual e situacional (a interação justifica as dinâmicas sociais) e societal (cujo foco está no que o indivíduo acredita e na forma que as normas sociais geram significado que serão expressos na maneira como os sujeitos se comportam e criam as relações sociais).[27]

A abordagem estrutural dá ênfase ao caráter sabedor da organização das representações, partindo do pressuposto de que existem níveis centrais, nos quais está contido o conteúdo dessas representações. Essa abordagem diferencia os elementos que constituem a RS, estabelecendo o papel de núcleo central e os elementos que compõem as periferias.[35]

Os elementos que compõem a Representação Social podem revelar o significado gerado por um grupo em relação a um determinado objeto, desde que ele seja socialmente contextualizado, ou seja, de conhecimento de todos os indivíduos do grupo. O agrupamento desses elementos poderá ser percebido pela alocação dos conteúdos aos critérios de frequência e à ordem de evocação.

Os elementos anteriormente mencionados poderão ser identificados dentro de um esquema imaginário alocados em quatro quadrantes (núcleo central, primeira e segunda periferia, e zona de contraste). É no núcleo central que as representações sociais são consolidadas, a partir da correlação de ideias expressas pelos sujeitos as quais são mediadas pela realização resistente a mudanças.[32,35]

Diferentemente do núcleo central, os elementos periféricos são flexíveis, ou seja, na região de periferia, os conteúdos representacionais podem sofrer variações e transformações, pois são sensíveis ao contexto imediato, prova disso é que experiências e histórias podem alterar o conteúdo contido na periferia. Já o núcleo central é estável, firme, consistente e resistente à mudança e está relacionado à memória construída ao longo da história, partilhada pelos sujeitos, individual e coletivamente. [32,35]

O processo de formação na concepção da abordagem estrutural também contempla os conceitos de ancoragem e objetivação. O processo de ancoragem (aproxima a ideia do conceito) irá gerar os elementos constituintes

da periferia, enquanto os de objetivação (concreto) compõem o núcleo central das representações sociais.[35]

Existem ainda cinco funções destacadas por Abric que revelam o funcionamento da ancoragem no contexto das representações, a saber: 1) Solidificação do núcleo central; 2) Adequação da representação às mudanças do contexto; 3) Prescrição de comportamentos; 4) Proteção do núcleo central; 5) As modulações individuais que correlacionam as representações com o contexto de vida do indivíduo.[35]

A enfermagem se aproxima das representações sociais expressas pelo sujeito, uma vez que o processo de queda em idosos mobiliza não apenas o indivíduo que sofre uma queda, mas toda a família, pois muitas vezes o acidente torna o idoso dependente de cuidados e auxílio para atividades de vida diária. Como esses idosos estão inseridos em um contexto social, político e econômico, o enfermeiro deve levar em conta todos esses aspectos na elaboração de propostas de intervenção.

Na presente investigação, será utilizada a abordagem estrutural das representações sociais. Uma vez que se buscou compreender as questões implícitas no processo de queda para os idosos, acessar os conteúdos cognitivos dessas pessoas torna possível elaborar propostas de intervenção para minimizar o número de quedas.

4.3 TEORIA DE BETTY NEUMAN

O modelo proposto por Betty Neuman defende que o individuo é composto por diversos sistemas de origens intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Esses sistemas, quando em equilíbrio, favorecem o tratamento dos indivíduos. Em vista disso, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer quais os fatores estressores de forma singular, para intervir de maneira direcionada e integral.[36]

Neuman ressalta que o sujeito precisa ser entendido como um sistema de forças que é composto por fatores estressores internos e externos e por linhas maleáveis, que são campos capazes de promover o equilíbrio ou desequilíbrio, tomando como base as vivências de cada sujeito, colocando o enfermeiro no papel de manter o equilíbrio no processo saúde-doença.[36,37]

A autora representa o indivíduo como possuidor de anéis concêntricos que o cercam e são chamados de recursos de energia da estrutura básica do ser humano. Esses “anéis” preservam o indivíduo (ex: estrutura central, genética, órgãos) e representam linhas de resistência responsáveis pelo regresso do estado normal e de bem-estar do indivíduo ou, quando incapazes de exercer essa proteção, dão origem a alterações na saúde, levando o indivíduo a adquirir alguma patologia. [36,37] Se o enfermeiro é capaz de reconhecer as alterações presentes nesses sistemas, ele potencializa a proposta terapêutica, com base no atendimento direcionado para as demandas e na individualização do cuidado. [37]

As linhas de defesa normais são caracterizadas pelo estado normal do ser humano. Nelas estão contidas as vivências e reações que o indivíduo cria e desenvolve ao longo da vida, além da forma com que reage e se adapta aos mecanismos estressores. [36,37] As linhas de defesa flexíveis estão ao redor das linhas de defesa normais e das linhas de resistência. Estas possuem a finalidade de resguardar a estrutura central do indivíduo. [36,37]

A comodidade, a segurança, a tranquilidade e o bem-estar do indivíduo ficam comprometidos, levando a alterações do estado de saúde-doença, quando as linhas flexíveis não são capazes de manter o equilíbrio e impedir os mecanismos estressores de alcançarem a linha normal. [36]

As linhas flexíveis podem ser utilizadas como forma de intervenção preventiva. Para o idoso que possui fragilidade e risco de quedas, essa linha de defesa deve ser explorada, com vistas a elaborar uma proposta terapêutica eficaz, uma vez que nela estão contidas as intervenções preventivas (como educação em saúde). [36]

No nível primário, o enfermeiro opera evitando que a linha de defesa normal do indivíduo seja alterada, isso pode ser feito fortalecendo a linha flexível de defesa ou reduzindo os casos de eventos estressores. O enfermeiro deve atuar identificando os fatores estressores, assim que o risco seja identificado. [36]

Quando há ausência de proteção do nível primário, a linha flexível de defesa fica alterada e o nível secundário acontece, refletindo na alteração no

estado normal do indivíduo, o que é expresso quando os sinais e sintomas se manifestam e precisam ser tratados. [36,37]

O enfermeiro deve atuar no nível terciário, auxiliando na manutenção da linha de defesa normal do indivíduo e visando a sua readaptação, além de focar a prevenção de danos futuros; pois, no nível terciário, a linha de defesa normal do indivíduo foi atingida, mas está em restituição devido à intervenção que ocorreu no nível secundário. Sejam quais forem os níveis, o enfermeiro deve atuar, procurando recuperar a estabilidade do indivíduo durante o processo saúde-doença a ponto de criar melhores condições de saúde.

Na busca de identificar as perspectivas adotadas por Neuman para os metaparadigmas, eles serão explicitados para os conceitos de indivíduo, ambiente, enfermeiro e processo saúde-doença. Os indivíduos são como sistemas e possuem variáveis fisiológicas (organismo, biologia, química e física do corpo), psicológicas (emoções, vivências e mente), socioculturais, de desenvolvimento (realizações ao longo da vida) e espirituais (crenças religiosas), todas elas constituem o ser humano. Essas linhas concêntricas protegem o indivíduo, uma vez que possibilitam a obtenção ou manutenção da integridade dos sistemas. [36]

O ambiente é entendido como agente estressor, porque ele é capaz de influenciar a qualquer momento, funciona como um sistema aberto de forças. Se o sistema está em estabilidade, a saúde do sujeito está em equilíbrio. Cabe ao enfermeiro o desenvolvimento da capacidade de gerir todo esse sistema a fim de manter a estabilidade e o bem-estar do indivíduo.[36]

O processo saúde-doença pode ser alterado quando as linhas flexíveis não conseguem manter o equilíbrio, comprometendo a saúde e gerando desequilíbrio ao indivíduo (doença).[36,37] Quando as linhas flexíveis não conseguem manter o equilíbrio e impedir os mecanismos estressores de alcançarem a linha normal, o bem-estar do indivíduo fica comprometido, levando ao desequilíbrio do estado de saúde-doença.[36,37]

Para tentar responder como o modelo de Neuman foi aproximado de uma abordagem das pessoas idosas com risco de quedas, é necessário

considerar que o enfermeiro, por ser o profissional que está diretamente ligado a esses indivíduos, é capaz de identificar o que os afeta.

Nesse sentido, a utilização do modelo de Betty Neuman pode direcionar o olhar do enfermeiro para que sua atuação seja segura, focada na prevenção do risco de quedas e alicerçada em parâmetros científicos. Destarte, o cuidado especializado será exercido de forma individualizada para as demandas de cada pessoa, sem deixar de contemplar as dimensões individuais, relacionais e ambientais.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, serão apresentadas as estratégias e técnicas utilizadas para instrumentalizar a construção do presente estudo.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos todos os critérios éticos legais para pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução n. 466/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado (número do parecer: 3.185.634).

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, uma vez que os métodos e as técnicas utilizadas durante a coleta de dados não incluíram a realização de intervenções no usuário. Além disso, os participantes receberam um código de identificação para garantir o sigilo e anonimato durante todo o processo de pesquisa. Houve ainda a preocupação das pesquisadoras em utilizar técnicas comunicacionais, relacionais e de respeito humano a fim de tornar a entrevista agradável e respeitosa.

5.2 DELINEAMENTO

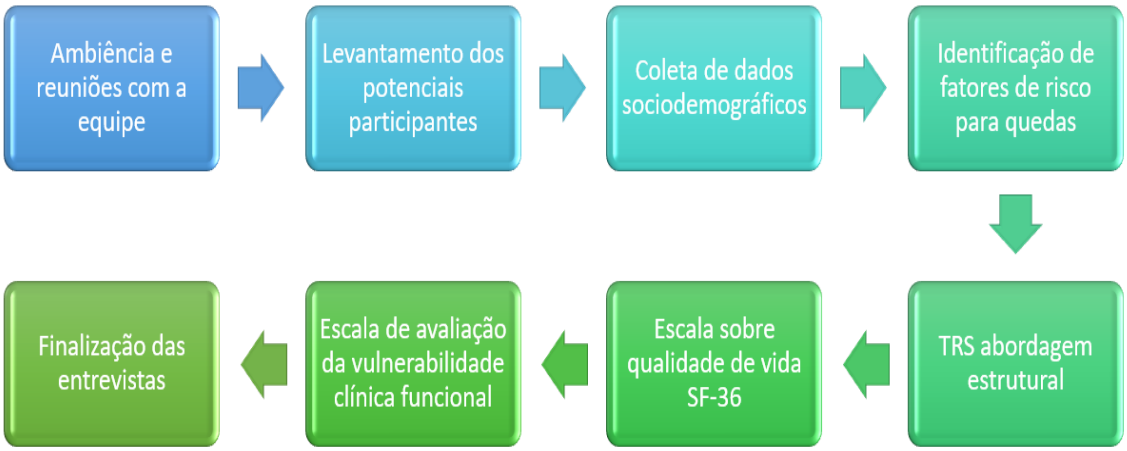
Pesquisa descritiva exploratória, de método misto, delineada em uma abordagem convergente, por meios sequenciais e simultâneos. O método misto convergente, resume-se na utilização das abordagens quantitativa e qualitativa em todas as etapas (coleta de dados, resultados e conclusões), com articulação entre elas, com foco no objetivo almejado[38].

O delineamento de método misto convergente subsidiou o presente estudo, uma vez que torna possível encontrar respostas relacionadas aos idosos em processo de envelhecimento e quedas, tanto quantitativamente, mensurando aspectos relacionados à qualidade de vida e necessidades de auxílio para realização de atividades de vida diária, quanto qualitativamente, buscando reconhecer através das falas dos idosos, suas percepções sobre quedas.

Os estudos quantitativos possibilitam o estabelecimento da relação entre o modelo teórico proposto e dados estatísticos presentes na realidade em que se pesquisa. São dados precisos que contribuem para avaliação do desfecho e indicam possíveis intervenções futuras. Serão aplicadas no presente estudo a escala SF-36 (que avalia a qualidade de vida) e a Escala de avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional.[39]

Já os estudos qualitativos realizam aproximação entre o sujeito e o objeto, buscando o significado de determinado fenômeno, tanto de maneira individual quanto coletiva. Na etapa qualitativa, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais na abordagem estrutural. O processo de convergência dos resultados será sintetizado a partir da teoria interpessoal dos sistemas de Betty Neuman. Por fim, foi realizada a triangulação de dados.

Figura 2- Trajetória de abordagens dos métodos e técnicas utilizados na presente investigação



Fonte: as autoras, jun/2019.

5.3 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES

O estudo foi realizado na cidade de Juiz de Fora; que possui 563.769 habitantes, sendo aproximadamente 15% composta pela população idosa acima de 60 anos, totalizando 84.533 idosos, sendo 34.678 do sexo masculino e 49.855 do sexo feminino.

A região escolhida para construção deste estudo possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com um total de dez microáreas e uma área descoberta; possui equipe multidisciplinar e conta com profissionais de enfermagem, farmácia, medicina, serviço social, auxiliar administrativo e agentes comunitários de saúde (ACSs). A Unidade possui vínculo com o Programa de Residência multiprofissional da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A Unidade de Saúde dispõe de um projeto voltado para pessoas com difícil locomoção, que visa a lhes oferecer um olhar direcionado. O projeto inclui acamados, pessoas com paralisia, presença de fraturas osteoporóticas e idosos. Apesar de atender todas as faixas etárias, o quantitativo de idosos é prevalente no projeto.

Para escolha do local da pesquisa, foram considerados os seguintes critérios: 1) Unidade de Saúde que possuísse cadastro no sistema eletrônico *e-SUS;* 2) Local onde a população de idosos com risco para quedas fosse numerosa; 3) Área onde houvesse uma preocupação com o risco de quedas (pois havia um projeto para pacientes de difícil locomoção); 4) Existência de Estratégia de Saúde da Família na Unidade; 5) Interação positiva dos Agentes Comunitários de Saúde com a comunidade; 6) Valorização do vínculo com ensino e pesquisa.

Ainda como critério de elegibilidade para escolha do local foi realizada ambiência preliminar, que contou com dois encontros distintos. O primeiro consistiu na apresentação do projeto para as enfermeiras da unidade, a fim de avaliar se o local atenderia aos critérios mencionados anteriormente (para escolha). No segundo encontro, foi realizada uma reunião com toda a equipe para uma nova apresentação do projeto, fortalecimento e criação de vínculos com os profissionais e discussão sobre a situação de saúde da população idosa atendida pela equipe de saúde da família e ainda a oferta de informação sobre os idosos cadastrados, a situação de saúde da população senil de forma geral e os dados cadastrais de toda a população por meio da pesquisa realizada pelo prontuário eletrônico *e-SUS*.

O e-*SUS* é um sistema eletrônico que visa viabilizar e facilitar a organização de trabalho profissional e maximizar a qualidade da atenção prestada à população. É uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde (MS) e funciona de maneira informatizada, contando na atenção básica com os espaços de preenchimento do cadastro domiciliar, cadastro individual, ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico individual, ficha de atividade coletiva, ficha de procedimentos, ficha de visita domiciliar, ficha de atividade coletiva. Isso tornou possível conhecer os sujeitos previamente a fim de selecioná-los segundo os critérios preestabelecidos para aqueles idosos com risco de queda.[45]

A estratégia de aproximação consistiu na orientação dos agentes comunitários de saúde sobre o projeto, sua relevância e possíveis benefícios para a população idosa. A busca ativa inicial era realizada pelos ACSs no momento da visita domiciliar, momento em que os idosos e familiares eram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Após demonstrarem interesse e disponibilidade, a coleta de informações era agendada conforme o desejo do idoso ou cuidador que estivesse presente.

Foram considerados critérios de elegibilidade para a pesquisa: 1) Todos os idosos com 80 anos ou mais; 2) Idosos com idade igual ou superior a 60 anos que possuíssem algum fator de risco ou vulnerabilidade para quedas (triados previamente pela equipe de saúde), foram incluídos todos os idosos presentes no projeto de “acamados e difícil locomoção” que havia na Unidade de Saúde; 3) Residentes na área de cobertura de Estratégia da Saúde da Família da UBS em que os dados foram coletados; 4) Estado de lucidez e orientação; 5) Concordância em participar da pesquisa de forma não remunerada e voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura e esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o projeto.

Foram considerados critérios de não inclusão: 1) Idosos que não fossem encontrados após três visitas; 2) Idosos que não possuíam risco para quedas, (de acordo com a Sociedade Brasileira de Gerontologia[9]).

Para maior compreensão do conteúdo da presente investigação, faz-se importante mencionar que a mesma possui abordagem de método misto convergente, e todas as etapas visam responder às indagações e objetivos levantados como relevantes.

O estudo buscou quantificar, analisar, compreender, com diferentes instrumentos e referenciais metodológicos a fim de capturar a realidade dessa população, vulnerabilidade e risco para quedas. A partir da abordagem de método misto, foi possível conhecer quais as necessidades e demandas advindas da população, em relação à dificuldade de locomoção e suas experiências com as quedas.

A coleta de dados foi realizada no ambiente domiciliar, por meio de entrevista individual em um espaço reservado. Participaram da coleta de dados quatro entrevistadoras devidamente treinadas. As respostas presentes na investigação foram emitidas pelos próprios participantes, uma vez que, para as etapas de evocação e escalas, faz-se necessário acessar o conteúdo cognitivo da pessoa que está sendo entrevistada a fim de eliminar possíveis vieses. Além disso, houve a preocupação com a interação interpessoal e adequação da linguagem para melhor compreensão dos participantes.

5.4 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para a abordagem quantitativa, foi realizado um *survey*:

> "A pesquisa de *survey* implica a coleção de dados [...] em um número de unidades e geralmente em uma única conjuntura de tempo, com uma visão para coletar sistematicamente um conjunto de dados quantificáveis no que diz respeito a um número de variáveis que são então examinadas para discernir padrões de associação.[40]"

Por intermédio da utilização do *survey*, foi possível obter informações referentes à prevalência e a relação de variáveis no cenário de investigação. A pesquisa de *survey* se assemelha a um "censo", diferenciam-se em relação ao número de sujeitos incluídos na amostra; o s*urve*y considera apenas uma amostra da população, enquanto o censo consiste na população total[40].

Em relação a sua intenção, ele pode ser classificado como: exploratório, explanatório e descritivo. Utiliza-se o *survey*-descritivo para a presente

investigação, uma vez que ele permite descobrir de que forma se dá a distribuição das variáveis de interesse e não apenas o porquê dessa distribuição[40]. O delineamento possibilitou conhecer mais profundamente a população de idosos frágeis, em relação ao risco para quedas.

5.4.1 Participantes

Participaram desta etapa cem idosos residentes das cinco microáreas, todos possuíam fatores de risco para quedas e atenderam aos critérios de inclusão.

Investigaram-se nesses idosos fatores de risco, ou seja, os que possuíssem idade maior ou igual a 60 anos, ou algum dos seguintes quadros: polipatologia; polifarmácia; presença de imobilidade, incontinência urinária ou fecal, instabilidade de marcha ou incapacidade cognitiva; além de história de internações frequentes ou alta hospitalar recente; dependência nas atividades de vida diárias; portadores de fraturas osteoporóticas ou parkinsonismo e insuficiência familiar [9] em ambas as etapas (quantitativa e qualitativa).

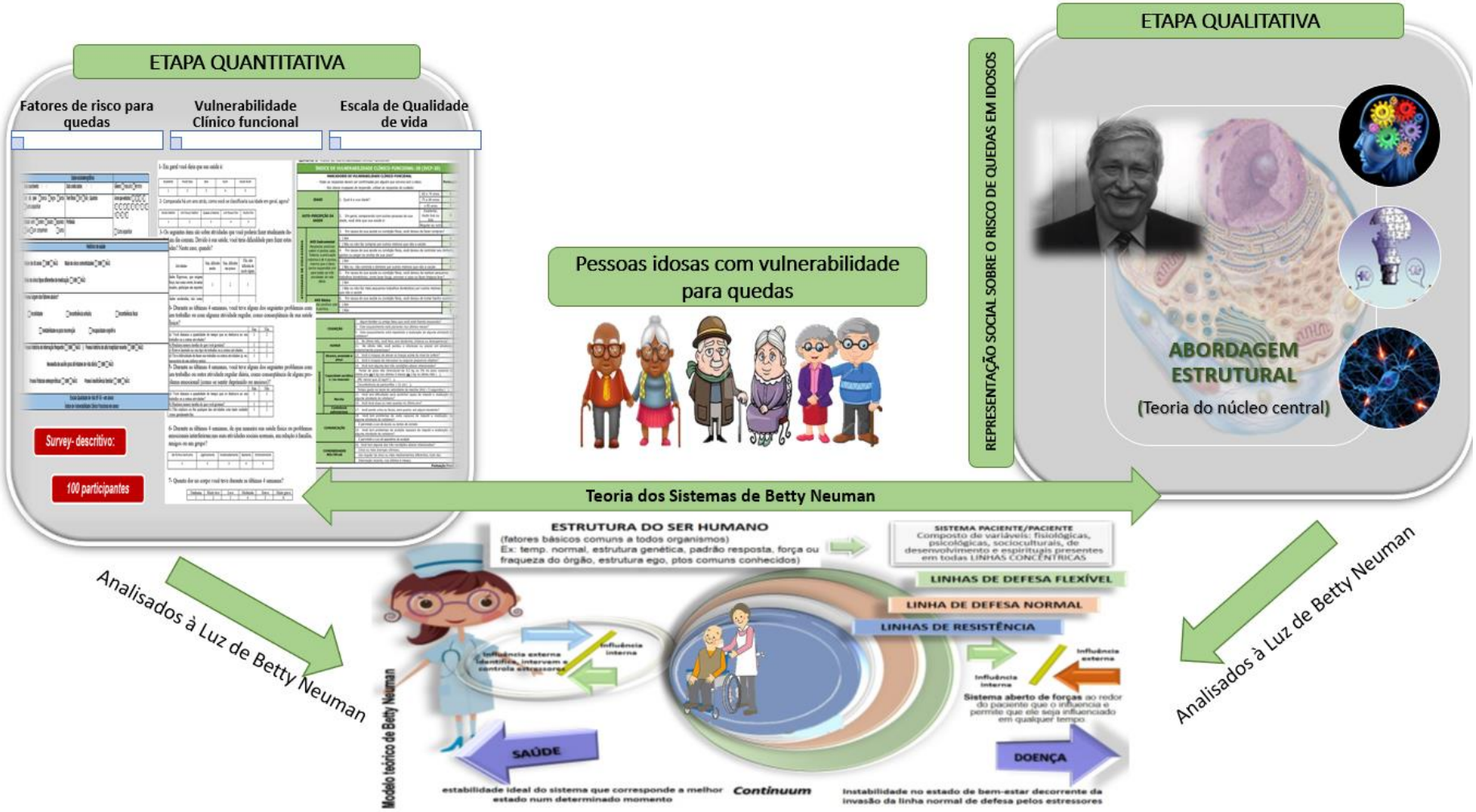
A distribuição do quantitativo de participantes consta na Figura 3.

Figura 3- Esquema explicativo sobre o número de participantes incluídos na abordagem quantitativa

Fonte: As autoras, jun/2018.

Para sintetizar a conexão entre as etapas do presente estudo, foi criado um mapa conceitual, que está representado na figura 4:

Figura 4- Esquema ilustrativo do mapa conceitual, abordando as etapas metodológicas, a luz do método misto.



Fonte: as autoras jun/2019

5.4.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta (Apêndice 1) de dados consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturada que possuía questões abertas e fechadas, contemplando questões estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Gerontologia[47], em relação a fragilidade e risco para quedas.

A abordagem quantitativa foi composta pelas seguintes etapas: 1) Dados sociodemográficos (data de nascimento, cor da pele autodeclarada, estado civil, profissão, gênero, anos de estudo e número de filhos); 2) Risco de fragilidade para quedas: histórico de saúde; 3) Fatores de risco para quedas (imobilidade, incontinência urinária, incontinência fecal, instabilidade para locomoção, incapacidade cognitiva, se possui história de internação frequente, ou alta hospitalar recente, se necessita de auxílio para vida diária, possui fraturas osteoporóticas e/ou insuficiência familiar); 4) Aplicação da Escala de Qualidade de Vida SF-36; 5) Escala de avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional.

5.4.3 Processo de coleta e análise de dados

No processo de recrutamento as entrevistas foram agendadas a fim de encontrar compatibilidade de horário e para que o sujeito se sentisse à vontade com a presença das pesquisadoras e seu ambiente domiciliar. Houve também treinamento prévio das pesquisadoras, para que todas as dúvidas relacionadas ao questionário fossem sanadas, além da necessidade de aproximação com a metodologia adotada na pesquisa.

Além disso, antes do início da aplicação dos questionários, eram ofertadas informações sobre o conteúdo da pesquisa, esclarecimento de dúvidas e posteriormente a assinatura do TCLE (Anexo 1). O período de coleta de dados foi de abril a setembro de 2018.

Realizou-se a associação de técnicas para coleta dos dados quantitativos, através do uso de duas escalas e os fatores de risco para quedas, a saber: 1) Questionário com questões semiestruturadas, contendo as variáveis causadoras de quedas; 2) Aplicação da Escala de Qualidade de Vida SF-36, em idosos com risco para quedas; 3) Escala de Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional.

Uma entrevista com coleta de dados foi feita em cada residência dos idosos que atendiam os critérios de inclusão, buscou-se a análise de variáveis sociodemográficas, quais sejam: idade, gênero, raça, presença e quantidade de filhos, estado civil, ocupação e anos de estudo.

Foram colhidos ainda na mesma entrevista dados relativos à fragilidade que, além da idade, foram: polipatologia (presença de mais de cinco doenças crônicas), polifarmácia (uso de mais de cinco medicamentos de forma contínua), histórico hospitalar (presença de internações frequentes ou alta recente), necessidade de auxílio para pelo menos uma das atividades de vida diárias (AVDs), presença de fratura osteoporótica (punho, coluna ou quadril) e presença de um dos cinco gigantes da geriatria (imobilidade, insuficiência familiar, insuficiência cognitiva, incontinência, instabilidade para locomoção).

No mesmo momento, colheram-se dados referentes à qualidade de vida por meio do questionário SF-36. Os dados foram consolidados em planilha e analisados estatisticamente no *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences)* versão 20.0, considerando-se o nível de evidência como de 95 por cento. Realizou-se então uma descrição das variáveis sociodemográficas e frequência de critérios para alto risco de fragilidade.

A Escala de Qualidade de Vida SF-36 é um instrumento que foi criado originalmente na língua inglesa (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey*), e, posteriormente, traduzida para a língua portuguesa. Conta com 36 questões fechadas, contidas em 11 domínios e abrangem oito componentes que avaliam: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Contempla ainda uma questão que faz uma comparação da percepção do sujeito em relação ao seu estado de saúde atual e de um ano atrás, sua pontuação varia de 0 a 100.[41] O resultado do SF-36 pode ainda ser classificado como ruim se 0, regular se entre 1 e 25, bom se entre 26 e 61, muito bom se entre 61 e 84 e excelente se maior que 84.[41]

Na Escala de avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), as respostas podem ser advindas do próprio idoso, ou de alguém

que convive com ele, e contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso.[42] Ela avalia oito domínios, a saber: idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária, a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça); capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente[9].

Cada pergunta recebe uma pontuação específica, totalizando 40 pontos; quanto mais alto for o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Após o somatório dos pontos, o idoso é caracterizado em baixa vulnerabilidade (0 a 6 pontos), risco aumentado de vulnerabilidade (7 a 14 pontos) e alto risco de vulnerabilidade ou fragilidade já instalada (>15 pontos).[42]

Ambas as escalas visam avaliar fatores para o reconhecimento das condições clínicas do idoso em relação ao desfecho que predispõe a queda. O questionário e escalas foram registrados a partir das respostas emanadas pelos idosos, em seu ambiente domiciliar, a fim de proporcionar um local agradável, em que o idoso se sentisse à vontade para tirar suas dúvidas e responder às questões.

5.5 ABORDAGEM QUALITATIVA

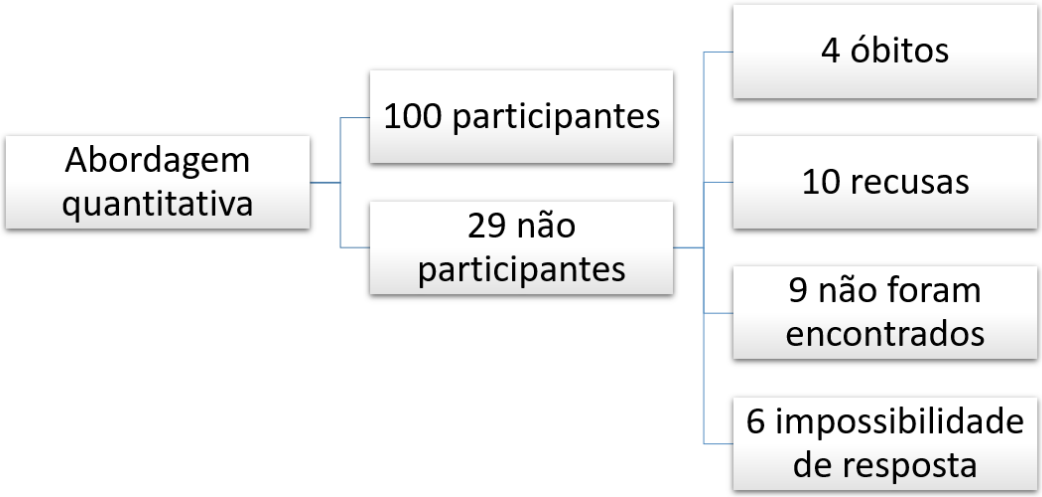
A abordagem qualitativa foi delineada na Teoria das Representações Sociais estruturais. O método utilizado nessa etapa buscou compreender a percepção individual e coletiva sobre o objeto de estudo. Do ponto de vista operacional, na abordagem estrutural da TRS, foi solicitado aos participantes que dissessem as primeiras cinco palavras que lhes viessem à mente quando apresentado o termo indutor “queda-cair”.

5.5.1 Participantes

Na abordagem qualitativa, o modelo metodológico utilizado foi a abordagem estrutural da TRS. Foi solicitado aos participantes que evocassem cinco palavras a partir de um termo indutor. Todos os participantes evocaram pelo menos uma palavra. O valor mínimo de palavras evocadas foi um e o máximo, cinco.

A etapa qualitativa contou com o mesmo número de idosos da abordagem qualitativa, totalizando cem idosos. Outros 29 não foram incluídos na pesquisa por motivos díspares, como é representado pela Figura 5:

Figura 5- Esquema explicativo sobre o número de participantes incluídos na abordagem



Fonte: As autoras, jun/2018

5.5.2 Instrumento de Coleta de dados

Como mencionado anteriormente, para a etapa qualitativa, utilizou-se a abordagem estrutural da TRS, buscando os elementos presentes no núcleo central, a partir das respostas emergidas pelos indivíduos. Alguns idosos apresentaram dificuldade no momento da evocação de palavras, evocando apenas uma das cinco palavras solicitadas. Isso pode ser explicado por um fator encontrado na literatura que relaciona a dificuldade de evocação com a população idosa e pessoas com baixa escolaridade.

5.5.3 Processo de coleta de dados

A fim de acessar os conteúdos cognitivos dos sujeitos entrevistados, foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), que consistem em um método fundamentado em bases e aspectos teóricos presentes na psicanálise.

Para Sá, a TALP “permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas [...] pousa no princípio de pedir ao sujeito para efetuar ele mesmo sobre sua

própria produção um trabalho cognitivo de análise, de comparação de hierarquização”.[43]

O sujeito só foi capaz de evocar “queda”, pois esta é um fator que está presente no cotidiano da população idosa. No discurso dos entrevistados, é possível notar que para eles queda faz parte do envelhecimento humano.

5.5.4 Análise dos dados

As palavras evocadas foram registradas nos questionários do respectivo idoso e posteriormente foram digitadas para o programa *Word for Windows* versão 2016. Os participantes foram codificados de 001 a 100, e os dados foram tratados da seguinte forma: 1) Criação do dicionário com vistas a agrupar palavras com critérios: lexicografia e semântica (como consta no Quadro 2); 2) Definição dos dados relevantes contidos no perfil demográfico (gênero, idade, fatores de risco para quedas, tais como: dificuldade cognitiva, dificuldade de locomoção, etc..); 3) Elaboração da planilha contendo as palavras (mantida a ordem de evocação), e perfil sociodemográfico (alocado na mesma linha das evocações, correspondentes a cada participante) e 4) A adaptação dos conteúdos para o EVOC.

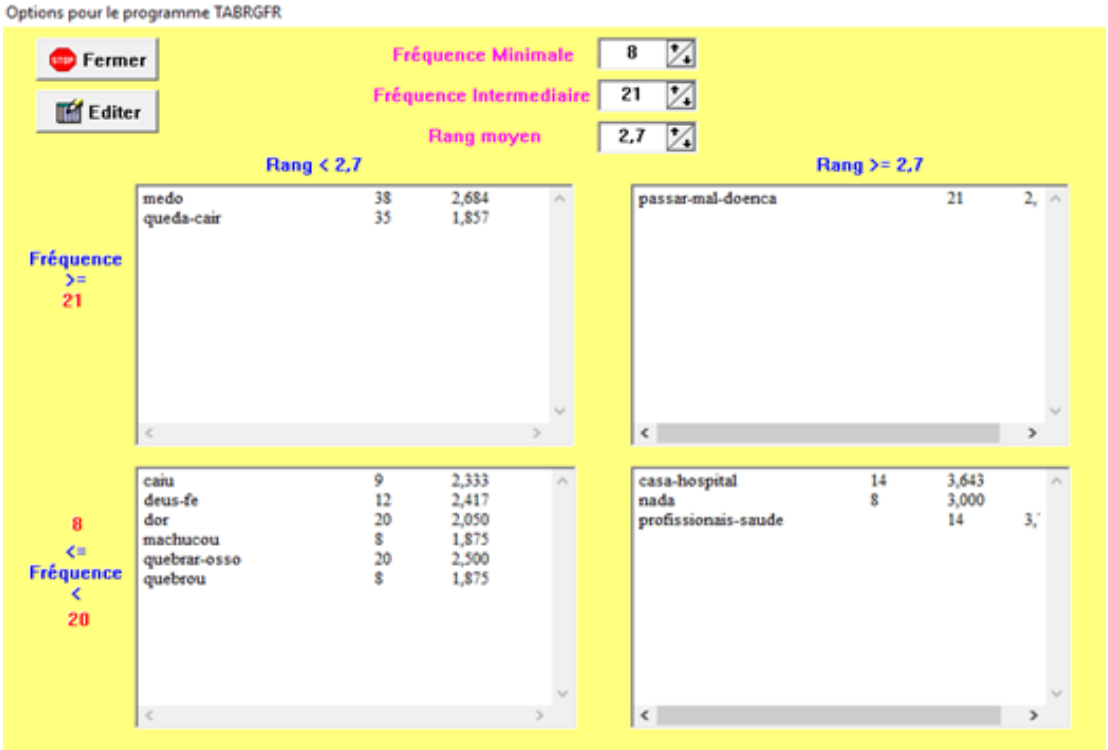
Quadro 2- Construção do dicionário de termos equivalentes, utilizando a semântica

queda-cair:	tombo (8); muito-tombo(1); queda (3); caiu (9); cair (18); cai (2); caio (1); eu-ja-cai (1); nao-caio (1);); quando-ve-ja-caiu (1); casa-caiu (1); caia-muito (1); ja-cai (1)	48
medo:	medo (40); pavor (2); apavorado (1); muito medo (1)	44
Quebrar-osso	quebrar (11); medo-de-quebrar (1); cabeca-quebrar (1); quebrar-alguma-coisa (1); quebrar-osso (1); quebrar-braco (2); quebrando (1); quebrou (12); Clavicula (1); femur (1); osso (1); problema-de-osso (1); quebrar-osso (1); quebrar-braco (1)	36
Passar-mal-doença	avc (3); osteoporose (1); diabetes (1); hipertensão (1); pressao (2); crise-convulsiva (1); problema-de-osso (1); tontura (4); artrose (3); tonteira (2); passou-mal (1); desmaio (3); perder-o-sentido (1); desmaio (3);	27
machucou:	machucou (8); machucou-feio (1); machucar (6); paralitica (1);	16
dor:	dor (11); dor-na-perna (1); doi (3); incomodo (1)	16
Casa-hospital	Casa (1); dentro-casa (1); dentro-de-casa (1); casa-caiu (1); casa-ruim (1); cozinha (1); banheiro (2); hospital (7);	15
Tapete-degrau-escada-teto	escorregar (1); altura (1); descalco (2); escorrega (1); enxergo-pouco (1); tapete (2); degrau (1); piso-irregular (1); escada (1); teto (1);	12
profissionais-saude	medico (9); enfermeira (2); fisioterapeuta (1);	12

Fonte: As autoras, jun/2018

Os dados tratados no EVOC permitiram composição do “Quadro de Quatro Casas”, que alocou os cognemas evocados em quatro quadrantes a partir dos critérios de frequência e ordem na qual as palavras/expressões foram evocadas (Figura 6).

Figura 6- Estrutura esquemática representativa do quadro de quatro casas



Fonte: As autoras, 2018

Trata-se de um quadro formado por quadrantes que são constituídos pelo encontro de abscissas e ordenadas. O eixo das ordenadas representa valor de *rang*, ou seja, um valor que demonstra a importância da palavra/expressão citada, sendo, portanto, relevante o fato de o cognema ser mencionado imediatamente.

O eixo das abscissas relaciona-se ao ponto de corte, escolhido antecipadamente pelo pesquisador e o critério adotado é o número de vezes em que a palavra/expressão foi falada e quanto isso poderá ser relevante para o processo.

No **quadrante superior esquerdo** (QSE), denominado núcleo central, constitui o *lócus* onde estão presentes os possíveis componentes centrais da

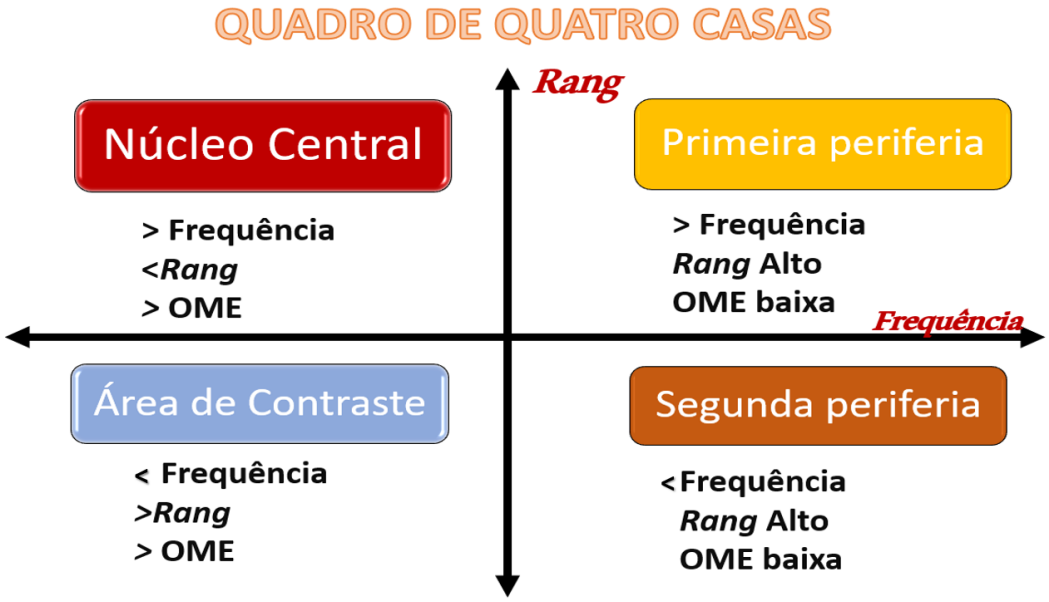
representação social. Inclui elementos: de maior frequência e mais falados (>f) e a maior prontidão ao evocar (<*rang*).

No **quadrante inferior esquerdo** (QIE), estão posicionados cognemas com menor frequência (<f), porém falados mais prontamente; conhecido como área de contraste. Estão presentes nessa área aqueles cognemas citados primeiramente, porém com uma frequência mais baixa.

No **quadrante superior direito** (QSD), estão alocados cognemas com menor frequência (<f) e falados mais tardiamente (<*rang*), conhecido como primeira periferia. Os cognemas presentes nesse quadrante podem migrar para o núcleo central caso sejam mencionados nas primeiras posições.

No **quadrante inferior direito** (QID), estão as palavras que foram mencionadas com menor frequência (>f) e, mais tardiamente, essa região é conhecida como segunda periferia. Conforme consta na Figura 7.

Figura 7- Quadro de quatro casas com esquema de características dos valores de frequência, rang e ordem média das palavras evocadas



Fonte: As autoras, jun/2018.

Foram analisadas as evocações dos cem sujeitos entrevistados na pesquisa, formando um *corpus* das palavras evocadas; em resposta ao termo

indutor “queda-cair”, obtiveram-se 408 palavras com média de ordem de evocação de 2,7 em uma escala de 1 a 5.

6. RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados na ordem em que foram mostrados no referencial metodológico. Como mencionado anteriormente, não houve priorização dos dados quantitativos ou qualitativos.

6.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Na abordagem quantitativa, consta a caracterização sociodemográfica dos participantes, o perfil dos idosos em relação à fragilidade para o risco de quedas e as escalas SF-36 e IVCF-20.

6.1.1 Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos participantes consta na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos cem participantes segundo o gênero, idade, cor da pele autodeclarada, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos e profissão.

Gênero	**N**	**%**	**Idade**	**N**	**%**	
Feminino	76	76	60|---65	10	10	Média:75,97
			65|---70	25	25	Mo:67
			70|---75	14	14	Md: 74
			75|--≥85	51	51	DP:9,83
Masculino	24	24				
Total	**100**	**100**	**Total**	**100**	**100**	
Cor de pele			**Estado Civil**			
Branca	76	76	Com companheiro	65	65	
Negra	13	13	Solteiro	18	18	
Parda	11	11	Viúvo	17	17	
Total	**100**	**100**	**Total**	**100**	**100**	
			Escolaridade	**N**	**%**	
			0I—5 anos	78	78	
			5 I—10 anos	20	20	
			10 I—15 anos	2	2	
			Total	**100**	**100**	
Possui filhos			**Nº Filhos**			
Sim	89	89	0	**11**	**11**	Média:3,01

Não	11	11	1I—5	77	77	Mo:2; Md: 3
Total	100	100	5I—10	11	11	DP:2,20
			≥10	1	1	Variância:4,85
			Total	**100**	**100**	
Profissão						
Aposentado				78	78	
Autônomo				1	1	
Carpinteiro				1	1	
Comerciante				2	2	
Do lar				10	10	
Motorista				1	1	
Pensionista				7	7	
			Total	**100**	**100**	

Fonte: As autoras, 2018

Na caracterização sociodemográfica dos cem participantes, foi possível identificar que: predominaram mulheres (76%), idade superior a 75 anos (51%), cor da pele autodeclarada branca (76%), estado civil “outros” (união estável e com companheiro - 42%), com filhos (89%) e com baixa escolaridade, 78% (≤5 anos de estudo).

As profissões relatadas foram: aposentado, autônomo, carpinteiro, comerciante, do lar, motorista e pensionista. E a maior concentração de pessoas está inserida na profissão “aposentado”, totalizando 78%, seguida de “do lar” 10%.

6.1.2 Fatores de risco para quedas

A **Tabela 2** apresenta o número de fatores que aumentam a fragilidade dos idosos e os tornam mais susceptíveis a quedas. Do total de idosos, 36% possuíam idade superior a 80 anos; aqueles que tinham mais de cinco comorbidades totalizaram 38%; os que tomam mais de cinco medicações por dia, 61%; aqueles que têm histórico de internação frequente (mais de duas internações em dois meses) ou alta hospitalar recente (no mês da coleta de dados) representam 20%; necessitam de auxílio para atividades de vida diárias 40%; ou idosos que apresentam algum dos “gigantes da geriatria”[9]: fraturas osteoporóticas (32%), insuficiência familiar (30%), instabilidade (15%),

incontinência urinária (17%), incontinência fecal (8%), instabilidade para locomoção (50%) e incapacidade cognitiva (10%).

Tabela 2- Fatores de risco para quedas

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS		N	%
Maior de 80 anos	Sim	36	36
	Não	63	63
Mais de cinco comorbidades	Sim	38	38
	Não	62	62
Mais de cinco tipos de medicação	Sim	61	61
	Não	39	39
Internação frequente	Sim	21	21
	Não	79	79
Alta hospitalar recente	Sim	20	20
	Não	80	80
Necessita de auxílio para atividades diárias	Sim	40	40
	Não	60	60
Possui fraturas osteoporóticas	Sim	32	32
	Não	68	68
Insuficiência familiar	Sim	30	30
	Não	70	70
Imobilidade	Sim	15	15
	Não	85	85
Incontinência urinária	Sim	17	17
	Não	83	83
Incontinência fecal	Sim	ø8	ø8
	Não	92	92
Instabilidade para locomoção	Sim	50	50
	Não	50	50
Incapacidade cognitiva	Sim	10	10
	Não	90	90

Fonte: As autoras, 2018

6.1.3 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional

A fragilidade no idoso está relacionada ao grau de vulnerabilidade que o mesmo pode apresentar quando avaliados diversos desfechos, como o declínio funcional, número de quedas e necessidade de auxílio para atividades de vida diárias. O índice de vulnerabilidade Clínico-funcional foi aplicado aos cem idosos participantes do presente estudo.[44,9]

Além disso, eles foram classificados em relação à frequência (valores absolutos e percentuais) dos indicadores de vulnerabilidade contidos em cada domínio do Questionário IVCF-20 (Tabela 4).

Tabela 4- Indicadores de vulnerabilidade Clínico-funcional por domínio

INDICADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL	**%**	**N**
Idade em anos		
60-74	51	51
75-84	35	35
≥85	16	16
Autopercepção da saúde regular ou ruim	53	53
Incapacidades funcionais- AVD		
Incapacidade em pelo menos uma AVD instrumental	57	57
Deixou de tomar banho sozinho por condição física AVD básica	17	17
Cognição		
Algum familiar ou amigo mencionou esquecimento do paciente	66	66
Piora do esquecimento nos últimos meses [a]	41	41
Esquecimento impedindo realizar alguma atividade cotidiana	32	32
Humor		
Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês	50	50
Perda de interesse ou prazer, no último mês, em atividades previamente prazerosas	38	38
Mobilidade: alcance, preensão e pinça		
Incapacidade de elevar o braço acima do nível do ombro	29	29
Incapacidade de manusear ou segurar pequenos objetos	24	24
Capacidade aeróbica e muscular		

Continua

Perda de peso não intencional [b] ou imc < 22 kg/m2 ou circunferência da Panturrilha < 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha de 4 m > 5 seg.	49	49
Duas ou mais quedas no último ano	21	21
Dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano	37	37
Incontinência esfincteriana: perda involuntária de urina ou fezes	25	25
Comunicação		
Problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano [c]	46	46
Problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano [d]	25	25
Comorbidades múltiplas: 5 ou mais doenças crônicas ou uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos 6 meses	68	68

a- Exemplos de pequenos trabalhos domésticos, mencionados no questionário: lavar louça, arrumar a casa, fazer limpeza leve.
b- Positivo para perda de peso não intencional - os indivíduos que, de forma não intencional: perderam mais de 4,5 kg
ou 5,0% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses.
c- Permitido uso de óculos/lentes de contato.
d- Permitido uso de aparelhos de audição.
Nota das autoras: As autoras, jul/2019.

Idosos com provável baixa vulnerabilidade totalizaram 22, enquanto aqueles que possuíam risco aumentado para vulnerabilidade 22, já os idosos com risco de vulnerabilidade ou fragilidade já instalada foram 56, conforme consta na Tabela 5:

Tabela 5- Classificação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional e conduta terapêutica preconizada pelo MS.

RISCO DE VULNERABILIDADE	N	%
Baixa vulnerabilidade clínico-funcional, e não necessita de Avaliação e acompanhamento especializados	22	22
Risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas	22	22

Considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial.	56	56
TOTAL:	**100**	**100**

Fonte: As autoras, jul/2019

6.1.4 Escala de Qualidade de Vida SF-36

Como mencionado anteriormente, a fragilidade no idoso está relacionada ao grau de vulnerabilidade, que, quanto maior ele for, pior será a qualidade de vida desse idoso. Buscou-se, portanto, mensurar a qualidade de vida desses idosos por meio da Escala SF-36.

De acordo com a Tabela 3, os diferentes domínios do questionário de qualidade de vida realizado com os cem idosos foram agrupados e classificados em ruim se 0, regular se entre 1 e 25, bom se entre 26 e 61, muito bom se entre 61 e 84 e excelente se maior que 84, segundo a pontuação obtida por cada participante.

Em relação à capacidade funcional, predominou a categoria “regular”, agrupando 33 sujeitos da pesquisa; já na limitação do aspecto físico, 48 idosos possuíram pontuação mínima (0) e foram classificados como portadores de capacidade funcional ruim; em relação a dor, 24 participantes foram classificados no nível “muito bom”, e 23 não apresentavam dor alguma, sendo classificados no nível “excelente”;

Tabela 3- Frequência obtida do questionário de qualidade de vida SF-36 para a população total de idosos

Categorias de Escala de Qualidade de Vida SF-36

Pontuação obtida	Capacidade funcional	limitação aspecto físico	dor	estado geral	vitalidade	aspectos sociais	aspectos emocionais	saúde mental
	N	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
Ruim	19%	48%	4%	1%	2%	5%	35%	ø%
Regular	33%	12%	8%	4%	13%	11%	ø%	7%

Bom	34%	6%	41%	84%	73%	22%	10%	52%
Muito bom	6%	4%	24%	8%	7%	38%	9%	34%
Excelente	8%	30%	23%	3%	5%	24%	45%	7%
Total:	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: As autoras, jul/2018.

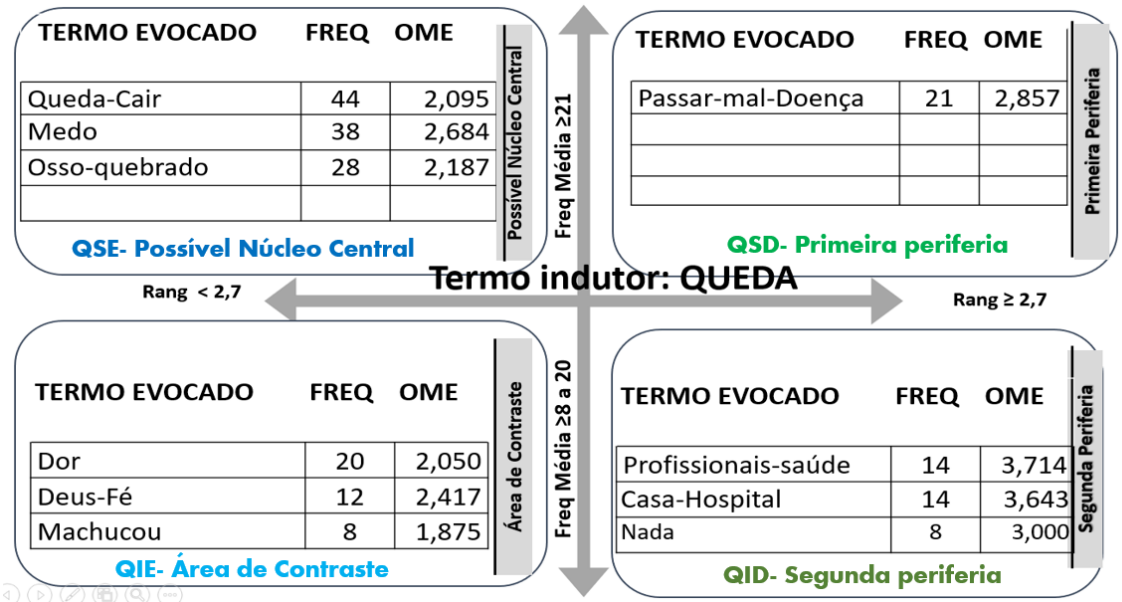
Em relação ao estado geral de saúde, 84 idosos foram classificados como nível “bom”, assim como a vitalidade, com 73%. Os aspectos sociais totalizaram em sua maioria 38% e foram categorizados como nível “bom”; diferentemente dos aspectos emocionais, que apresentaram dois extremos, 35% como ruim e 45% como excelente. Em relação à saúde mental, os sujeitos também obtiveram uma pontuação que os colocou em boa classificação.

6.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

A estratégia utilizada foi a evocação livre de palavras, buscando apreender os conteúdos presentes na abordagem estrutural, proposta por Abric. Por meio de um estímulo, podem-se obter respostas advindas dos sujeitos, respostas estas em que o indivíduo projeta aspectos que são próprios de suas experiências e podem ser caracterizados como atitudes, comportamentos, valores e conhecimentos.

A seguir, serão apresentados os conteúdos simbólicos representados pelos idosos com risco de fragilidade para quedas e a composição do sistema hierárquico obtido através do termo indutor “queda” (Quadro 3).

Quadro 3- Quadro de quatro casas para acessar os conteúdos cognitivos de origem pessoal e coletiva dos idosos com risco de fragilidade para quedas, jul/2019.



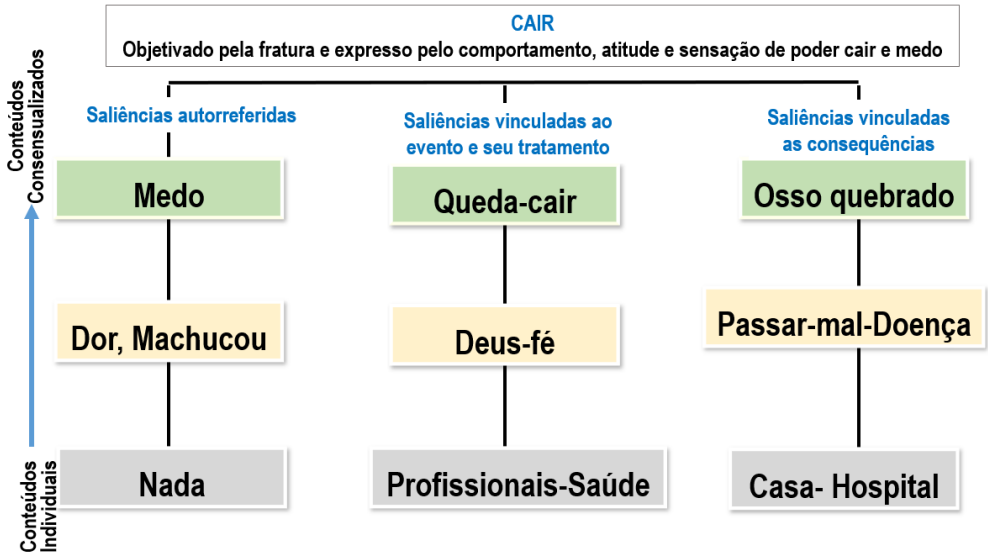
Fonte: Dados gerados pelo programa *EVOC*
Nota das autoras: (Freq) número de vezes em que as palavras foram faladas; (OME) ordem média de evocações; (*rang*) valor de ordem média de evocação

No que se refere aos possíveis elementos do núcleo central, as palavras “queda-cair” (44 vezes), “medo” (38 vezes) e osso-quebrado (28 vezes) apresentam maior frequência de evocações.

Na área de contraste, os cognemas “dor”, “Deus-fé”, e “machucou” foram evocados mais prontamente e apresentam menor frequência de evocação. Já os conteúdos presentes na segunda periferia são relacionados ao tratamento, “profissionais-saúde”, “casa-hospital”.

Diante do exposto, foi possível elaborar três categorias, nas quais se pode compreender a articulação dos elementos centrais com os intermediários (área de contraste, QIE e primeira periferia- QSD) e quais as saliências dos elementos representacionais, conforme consta na Figura 8.

Figura 8- Conteúdos representacionais evocados pelos idosos



Fonte: As autoras, 2018

7 DISCUSSÃO

7.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Amostra com perfil feminino, com um valor superior ao dobro do número de homens, cor da pele autodeclarada branca, com filhos, baixa escolaridade, e aposentados. Destarte, o processo de feminização é percebido na população investigada. Algumas razões justificam a redução do número de homens quando comparado ao de mulheres, fatores esses que advêm de estereótipos culturais. A doença é vista para os homens como sinal de fragilidade, o que os leva a não aderir a tratamentos, e muitos agravos seriam evitados se eles buscassem ajuda precocemente.[47,73]

Além desses fatores, pode-se observar que os homens apresentam mais comportamentos de risco, como, por exemplo, maior vulnerabilidade à violência, seja ele o autor, ou vítima. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, “a agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso a armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica”[47].

A diferença de sexo é um indicador, quando se pensa no envelhecimento mundial. Estudos apontam que mulheres possuem maior fragilidade para quedas, quando comparadas a homens, pois, no período pós-menopausa, mulheres têm redução nos níveis de estrogênio, o que dificulta a absorção de cálcio, tornando, portanto, os ossos mais frágeis[47].

Outra característica apresentada pelo grupo foi a faixa etária com idade ≥75 anos, totalizando 51% da população investigada, o que corrobora com dois aspectos relevantes: o grau de dependência e a fragilidade de risco para quedas. Além disso, os dados estatísticos do IBGE apontam que a idade média da população idosa estimada era de 79,80 anos para mulheres, 72,74 anos para homens e 76,25 para ambos os sexos[16].

Em relação ao estado conjugal, predominaram idosos casados, que têm ou tiveram companheiro (categoria outros), totalizando 75%; e, em sua maioria,

com filhos (89%), o que está de acordo com o perfil familiar do século passado, composto por famílias numerosas[16].

Outro fator que também foi observado ao analisar o perfil das pessoas de terceira idade é o tempo de estudo, que foi de ≤5 anos para 78% dos idosos, fator que pode ser justificado pela dificuldade de acesso à educação[49] em outras décadas. Pilger et al. (2013, 910p.)[72] evidenciam que o grau de escolaridade está diretamente relacionado ao grau de dependência, pois quanto menor o grau de escolaridade, maior será o grau de dependência. A baixa escolaridade pode ainda estar ligada aos altos níveis de desemprego, ou empregos com baixa exigência de capacitação tecnológica.

No que tange à profissão, apenas 4% dos idosos presentes nesta investigação que ainda trabalhavam se autorreferiram como “autônomos, comerciantes e carpinteiros”. Os demais idosos possuíam remuneração por aposentadoria ou pensões. A redução nas atividades diárias, como trabalhar fora, também pode impactar a qualidade de vida e o grau de dependência do idoso. Uma vez que idosos pouco ativos são considerados como alto risco para quedas[46].

Ao analisar os fatores intrínsecos de queda da população idosa presente nesta investigação, verificou-se que 36% dos idosos possuíam idade superior a 80 anos[46]. Estudos[46] que investigaram a ocorrência de quedas em idosos apontam que, quando se comparam idosos que sofreram quedas de forma recorrente (duas ou mais quedas), naqueles com idade ≥ 80 anos, a prevalência de duas ou mais quedas é significativamente maior. Tal fato se justifica pelas alterações estruturais e funcionais advindas do envelhecimento[9], tais como: perda de tônus muscular, dificuldade na marcha, redução da acuidade visual, entre outros.

Atrelado ao fator idade, buscamos, na presente investigação, aspectos anteriormente mencionados como fatores de risco para quedas, que tornam o idoso mais frágil e vulnerável. Na amostra, a maioria dos idosos informou tomar mais de cinco medicações por dia. Sabe-se que a condição de vulnerabilidade para quedas e fragilidade do idoso está diretamente ligada ao número de medicações tomadas, idosos que ingerem um total de quatro medicações por

dia têm risco aumentado para queda. Portanto, se a quantidade de medicamentos ingeridos for superior a quatro, o número de quedas tende a aumentar, uma vez que esses medicamentos podem levar a ocorrência de fatores como hipotensão, sonolência, comprometimento de reflexos e alterações visuais[9].

Além disso, muitos idosos informaram ter mais de cinco comorbidades. Sabe-se que a fragilidade pode intensificar o desenvolvimento ou progressão de doenças crônicas e, atrelado a isso, as doenças crônicas contribuem para aumentar a fragilidade, o que leva a um círculo vicioso, tornando o idoso mais susceptível a queda[74,75].

Foram classificados como idosos frágeis aqueles que informaram ter internações frequentes e aqueles que relataram mais de duas internações em dois meses, ou alta hospitalar recente (no mês da coleta de dados). Internações recorrentes também são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento de queda, pois refletem uma maior demanda de cuidados após a alta hospitalar[76].

Dos idosos investigados, 40% informaram necessitar de auxílio para atividades de vida diárias (AVD). Elas são fundamentais para autopreservação e sobrevivência do indivíduo, são caracterizadas como atividades realizadas no cotidiano (tomar banho, vestir-se, higiene pessoal - uso do banheiro, continência esfincteriana e alimentar-se sozinho)[47].

O grau de dependência do idoso e a vulnerabilidade para o desenvolvimento de quedas possui relação com as AVDs que o mesmo é capaz de realizar sem auxílio, pois a ausência de algum cuidador direto no momento da atividade pode levar ao episódio de queda[47].

No estudo, evidenciou-se que 32% dos idosos apresentavam fraturas osteoporóticas, 30% insuficiência familiar, 15% instabilidade, 17% incontinência urinária, 8% incontinência fecal, 50% apresentavam instabilidade para locomoção e 10% incapacidade cognitiva. O reconhecimento de idosos frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde, ao buscar aspectos que tornam os idosos frágeis[9] e, por sua vez, mais vulneráveis, é possível intervir de maneira segura no atendimento ao idoso[77,78].

Pensando nisso, buscou-se avaliar o **índice de vulnerabilidade clínico-funcional** desses idosos considerados frágeis, para identificar o grau de complexidade clínica e posteriormente as demandas advindas desse idoso para o cuidado e implementações de intervenções eficazes.

A avaliação clínico-funcional é recomendada pelo Ministério da Saúde a partir da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável[49], pois identifica fatores biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos que podem comprometer a autonomia e independência do idoso (BRASIL, 2017; MORAES, 2017).

A fragilidade no idoso está relacionada ao grau de vulnerabilidade que o mesmo pode apresentar quando avaliados diversos desfechos, como o declínio funcional, número de quedas e necessidade de auxílio para atividades de vida diárias.[44,9]

O MS preconiza o grau de intervenções de acordo com o risco de vulnerabilidade clínico-funcional[47]. Considerando esses aspectos, pode-se observar que, na amostra, os idosos com alto risco para vulnerabilidade ou fragilidade já instalada totalizaram a maioria dos participantes do estudo.

Um estudo[79] apontou que a vulnerabilidade e a fragilidade podem ser caracterizadas como uma síndrome que possui base específica, e que, quando identificadas de maneira eficaz e precocemente, é possível intervir para atrasar o processo de fragilidade e reduzir danos. Em outros dois estudos, o autor aponta que idosos com fragilidade apresentam maior risco de incapacidade, quedas, alterações de origem psicológica, hospitalização e morte[79,80].

Ao se pensar na inserção do enfermeiro no processo de cuidado ao idoso, deve-se ter conhecimento de que esse atendimento precisa transcender o modelo biomédico, voltado apenas para o tratamento das doenças de maneira pontual e objetiva. Ele deve ser focado na resolubilidade de forma multidimensional e abrangente; o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer as demandas biopsicossociais do paciente, bem como seus valores e crenças[47,82].

Além disso, faz-se necessária a elaboração e implementação de diagnósticos de enfermagem que sejam capazes de contemplar as diferentes demandas, de origens preventivas, curativas, reabilitadoras ou paliativas[47,82, 83].

Para isso, após o reconhecimento do risco de vulnerabilidade, o enfermeiro necessita de uma boa forma de comunicação e coordenação dos demais profissionais da equipe, para efetivação de um plano de cuidados que seja capaz de desenvolver o engajamento do paciente e sua família na promoção do autocuidado para aqueles que não necessitam de acompanhamento especializado e o cuidado direto para aqueles que possuem algum grau de vulnerabilidade/dependência[82,83].

O MS aborda a criação de um Plano de Cuidados para auxiliar nas decisões assistenciais necessárias para o idoso. Esse plano de cuidados ultrapassa a coleta de informações na dimensão fisiológica e é guiado com base na estratificação de risco do paciente fundamentada na classificação clínico-funcional. Todas as intervenções terapêuticas serão implementadas com base na classificação de risco[47].

O plano de cuidados deve ainda ser capaz de suprir as demandas do indivíduo, traçando intervenções desde os fatores de risco para quedas até a reabilitação caso o evento já tenha acontecido[47].

Tendo em mente que a demanda de assistência pode variar de acordo com o grau de vulnerabilidade, destaca-se, de maneira sucinta, como pode ser a abordagem no atendimento ao idoso em diferentes níveis de vulnerabilidade[47].

Para aqueles idosos com baixa vulnerabilidade clínico-funcional, é necessário que o enfermeiro tome medidas que permitam a identificação e monitoramento a fim de detectar eventos causadores de alterações no estado geral de saúde[47, 84].

Além disso, independentemente do índice de vulnerabilidade apresentado, é de suma importância que haja acompanhamento no ambiente domiciliar. Portanto, ainda que o idoso esteja inserido neste domínio, não se deve descartar a implementação de um plano de cuidados voltado para a prevenção de agravos e redução de fatores causadores de quedas, incentivando o autocuidado e a autonomia[47, 85, 86].

O risco aumentado para vulnerabilidade requer do enfermeiro um monitoramento superior ao referido anteriormente, uma vez que o foco deve ir além da adoção de medidas preventivas, o idoso deve ser acompanhado de perto. Nesse caso, o atendimento domiciliar e de demanda espontânea e programada na unidade básica de saúde possibilita o acompanhamento, orientações relacionadas à saúde por meio de grupos educativos que geram conhecimento e mudança de comportamentos por parte dos idosos, o que pode acarretar a redução do risco de queda[47, 87, 88].

Além disso, o atendimento domiciliar e de demanda espontânea e programada possibilita ao enfermeiro conhecer as necessidades advindas do idoso, podendo, portanto, traçar metas e inserir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O idoso, quando atendido de perto, familiariza-se com a equipe de saúde, o que traz benefícios no momento da assistência[47,89].

Em relação aos idosos com alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, a enfermagem deve atuar ativamente em visitas domiciliares, com foco em prevenir maiores agravos para o idoso. Deve buscar suprir as demandas identificadas nessas visitas, sempre trabalhando com uma equipe multiprofissional[47,90].

O idoso que possui alto risco de vulnerabilidade ou mesmo a fragilidade instalada necessita também de uma assistência especializada, ou seja, esse idoso pode requerer um atendimento em outro nível de atenção (ex: atenção secundária, hiperdia)[47].

O enfermeiro se insere no atendimento geriátrico-gerontológico especializado ao realizar planejamento específico, consulta detalhada, destacando e observando quais dimensões da saúde do idoso merecem atenção, uma vez que, para que o plano de cuidados traçado para o idoso seja eficaz, o enfermeiro deverá levar em consideração todas as dimensões possíveis presentes na vida dos idosos[47]. Como mencionado anteriormente, a fragilidade no idoso está relacionada ao grau de vulnerabilidade, que quanto maior ele for, pior será a qualidade de vida desses idosos[47,91].

Em relação à qualidade de vida, percebeu-se que as maiores alterações no declínio da qualidade de vida estão presentes nos domínios: “capacidade funcional, limitação do aspecto físico e aspectos emocionais”, o que corrobora outro estudo realizado com pessoas idosas na cidade de São Paulo[51]. Ele aponta que os menores valores médios foram obtidos para os componentes: capacidade funcional (58,48), limitação do aspecto físico (54,4) e aspectos emocionais (56,4). O autor apresenta ainda que, comparado aos demais estudos brasileiros, não existe uma variação uniforme dos escores, em relação aos demais domínios.

7.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

7.2.1 Teoria das Representações Sociais

Nas evocações relacionadas ao termo indutor “queda-cair”, os elementos alocados no núcleo central (QSE) possuem solidez dentro do sistema de representação social. Portanto, o que emerge dessas evocações está relacionado com conteúdos advindos de conhecimentos e sentimentos (medo; queda-cair; osso quebrado) de maneira coletiva e compartilhada por esses idosos.

O medo de cair pode ser descrito “como um sentimento de de inquietação ante a noção de um perigo real, aparente ou imaginário de quedas”[52,53]. Há evidencias que corroboram que o risco de queda depende do medo de cair[54].

Um estudo realizado com idosos com idade superior a 60 anos revelou que o medo de cair pode variar entre 12% a 65% em idosos que ainda não caíram e, entre aqueles que já tiveram ao menos um episódio de queda, o medo de cair está presente em 92% dos idosos. Em outro estudo, o medo de cair esteve presente em 87% dos idosos[55]. Tal fator pode ser justificado pelo reconhecimento de fragilidades instaladas nos idosos, como, por exemplo, as doenças cônicas, dificuldade de locomoção, idade avançada e até mesmo a polifarmácia[54].

Outro cognema obtido no núcleo central foi “queda-cair”, o que pode estar ligado a experiências vivenciadas pelos idosos. Um estudo[54] que analisou

a relação de variáveis (idade, sexo, escolaridade, medo etc.) revela que os idosos reconhecem que, com o passar dos anos, eles se tornam mais frágeis e susceptíveis ao desenvolvimento de quedas[56].

Ainda dentro de palavras evocadas mais precocemente e com alta frequência, foi possível identificar “osso quebrado”, o que pode ser tomado como consequência de um evento de queda. Isso corrobora com evidências que indicam que as quedas apresentam um grande problema devido a sua alta prevalência, além de acarretar o desenvolvimento de lesões severas. O autor retrata que as fraturas provocadas por quedas em idosos são responsáveis por 70% das mortes acidentais em indivíduos com mais de 75 anos. Quando comparados a crianças, a internação por quedas em idosos resulta em dez vezes mais hospitalizações e oito vezes mais mortes[57].

Além disso, outro estudo aponta que, durante o período de um ano, a prevalência de quedas em idosos, tendo a fratura como consequência, foi de 33%, com média de duas quedas por ano[58]. No que tange ao estado geral de saúde, observa-se que a queda pode levar a uma fratura e tornar o idoso acamado/dependente, bem como a uma rápida deterioração do seu estado geral de saúde.

Um estudo de 2017, que buscou as representações sociais de idosos sobre quedas, encontrou no núcleo central as palavras “medo”; “machucar” e “quebrar”. Esses cognemas encontrados nesse estudo possuem semelhança com os achados da presente investigação, porém foram mesclados elementos do núcleo central com elementos presentes na área de contraste e primeira periferia[56].

As palavras “dor, machucou”; “Deus-fé”; “passar-mal-doença” podem ser compreendidas como a articulação dos elementos intermediários (área de contraste, QIE e primeira periferia - QSD). A área de contraste indica as palavras que foram mencionadas mais prontamente, mas com uma frequência baixa, já a primeira na periferia, o conteúdo apresentado possui alta frequência de evocação, porém com baixa OME. Elas corroboram com o núcleo central, uma vez que manifestam suas experiências passadas e conhecimento relacionados ao termo indutor “queda-cair”.

O processo de envelhecimento é marcado por transformações fisiológicas e estruturais do idoso, com isso as doenças crônicas, uso excessivo de medicamentos, incapacidades cognitivas entre outros fatores podem acarretar o evento de queda, o que gera, além de problemas de origem emocional e psicológica, dor e sofrimento físico.

O cognema “dor-machucou” pode ser entendido como consequência de uma queda. Um estudo realizado com 914 idosos demonstrou que 52% deles passaram por um evento de queda, tiveram feridas e contusões como consequência, o que leva ao desenvolvimento de dor, advindo de uma lesão ou por fraturas[60].

A Associação Internacional de Estudos da Dor (Iasp) define esta como:

> “uma experiência sensitiva e emocional classificada como desagradável, que pode estar associada ou não a um dano potencial de lesões dos tecidos e está interligada com a memória individual, com as expectativas e as emoções de cada pessoa, podendo ser do tipo aguda ou crônica, quando classificada pela duração da queixa ou nociceptiva, neuropática e inespecífica quando classificada pelos mecanismos fisiopatológico” (CRUZ, 2011, p. 108)

Quando presente, a dor em idosos afeta a qualidade de vida e diminui a autonomia do idoso para realização de atividades de vida diárias. A dor pode ser vista como fator causador, ou pode estar presente por consequência de uma queda[60].

Outro cognema presente na área de contraste foi “Deus-fé”. Estudos[61,62] apontam que a fé e a oração geram a impressão de proximidade com Deus, o que cria a sensação de proteção diante de situações adversas. A queda muitas vezes leva o idoso a desenvolver alterações de origem social, psicológica e física, o que pode conduzir ao desenvolvimento de lesões, agravamento de doenças, e até mesmo dependência. Além disso, estar próximo de Deus propicia a sensação de bem-estar, gera esperança, que é capaz de estimular o sentido de pertinência para a existência humana[63].

Estudos apontam que existe uma relação positiva entre a espiritualidade e a melhora nos indicadores de saúde; as evidências revelam que crenças

religiosas estão associadas à melhoria da elevação dos índices de saúde, quando relacionados à saúde física e mental[61].

Sabe-se que a queda possui origem multifatorial e abrange fatores extrínsecos e intrínsecos. Quanto aos fatores intrínsecos, é possível destacar alterações fisiológicas advindas do próprio envelhecimento; como alterações visuais, auditivas, de equilíbrio, degenerações articulares, alterações na pressão arterial, frequência cardíaca, entre outras.

O termo “passar-mal-doença”, presente na primeira periferia, se justifica, pois as quedas em sua grande maioria advêm de fatores relacionados a alguma patologia, ou um evento de enfermidade.

Um estudo mostrou que 78,1% dos idosos que haviam sofrido episódio de queda apresentavam doenças de origem cardíaca e circulatória, e 67,2% possuíam doenças de origem óssea ou muscular, além do consumo elevado de medicamentos. As doenças de origem cardiocirculatórias podem levar a diversas condições patológicas que predispõem idosos a quedas (hipotensão, hipovolemia, acidente vascular cerebral, entre outras)[64].

Perracini; Ramos e Schiaveto revelam, em seus estudos, que os principais fatores causadores de quedas, além das patologias e doenças crônicas presentes nos idosos, estão relacionados a dor, tontura, vertigem, medicamentos, hipotensão postural.

Ao se configurarem os elementos presentes na segunda periferia, pode-se notar que os cognemas “profissionais-saúde”; “casa-hospital” possuem relação com tratamento de saúde. Tal fator pode ser justificado pelos elevados índices de internações decorrentes de quedas. Os profissionais da saúde, em especial os profissionais de enfermagem, estão presentes em todo o processo de hospitalização, independentemente do grau de lesão ocasionado pela queda. São os profissionais que participam de todo o processo, para evitar/prevenir que a queda ocorra ou durante a reabilitação desse idoso no período pós-queda[65].

Além disso, um estudo demonstra que os profissionais de enfermagem (técnicos 97,69% e enfermeiros 90%) são os primeiros profissionais presentes

no atendimento ao idoso quando ocorre o desenvolvimento de uma queda. Ao cair, o idoso se torna dependente de assistência mais próxima e dos cuidados como banho, medicações e, em alguns casos, alimentação, o que corrobora com as falas de alguns idosos[66].

Os elementos de segunda periferia possuem baixa frequência e ordem média de evocação alta, o que pode traduzir em experiências individuais e não de origem social e compartilhada. Portanto é possível que, ao evocar cognemas que refletem tratamento de saúde, os indivíduos estejam externando histórias vivenciadas por eles.

Outro cognema evocado foi a palavra “nada”, ele pode ser entendido como algo que se quer esconder, ou ausência de ligação com o fator “queda”[67,68].

A partir da análise dos dados, foi possível obter informações que visam à aproximação do profissional enfermeiro aos idosos com risco de quedas, uma vez que, conhecendo os pontos de vulnerabilidade e os pontos que são positivos, pode-se buscar a melhoria na qualidade da assistência, elaborando medidas terapêuticas e reforçando estratégias de ação no campo da saúde.

7.2.2 Implicações das quedas e seus fatores para o cuidado de enfermagem à Luz do Referencial dos Intersistemas de Neuman

Buscou-se identificar as situações estressoras advindas das falas dos participantes ao evocarem as palavras na abordagem estrutural das representações sociais, ou dos fatores observados como resultado da presente investigação.

Os mecanismos estressores segundo a proposta de Betty Neuman podem ter origem **intrapessoal**, **interpessoal** e **extrapessoais**. Os **estressores de origem intrapessoal** são aqueles que têm sua origem no sujeito, estão relacionadas às questões fisiológicas, psicológicas e emocionais[69]. Identificamos fatores como: idade, gênero, patologias, medo, dor, fraturas, ferimentos, incapacidades cognitivas, dificuldade de locomoção e a presença de comorbidades.

Já os **estressores de origem interpessoal** dizem respeito à relação do idoso com terceiros. Observou-se a presença de insuficiência familiar e a relação com o tratamento de saúde, o domicílio/hospital e a presença de profissionais. Já os **estressores de origem extrapessoal** foram considerados aqueles relacionados com a polifarmácia (uso de mais de cinco medicamentos) e questões referentes à interação social na qualidade de vida (SF-36).

Ao aproximar as informações, comportamentos e sentimentos atribuídos pelos participantes das concepções apresentadas por Neuman, foi possível ponderar algumas possibilidades de inserção laboral da enfermagem, bem como a atuação de uma equipe multidisciplinar, para a inclusão na assistência aos idosos que apresentem mecanismos estressores. Desta forma, a atuação do enfermeiro na perspectiva das possibilidades apresentadas por Neuman prevê alternativas de ação em nível **primário, secundário e terciário**[70].

Na **linha de ação primária**, o enfermeiro precisa conhecer quais os mecanismos estressores e eliminá-los antes que esses mecanismos entrem em contato com o indivíduo. Essas medidas devem ser tomadas visando à prevenção de quedas, uma vez que muitos dos idosos já apresentaram uma fragilidade instalada e aumento da vulnerabilidade para desenvolvimento de quedas.

Seis estudos realizados em São Paulo, nas cidades de Ribeirão Preto e Campinas, e outros cinco nas cidades de Curitiba-PR, João Pessoa-PB e Fortaleza-CE revelaram que o perfil de fragilidade desencadeador de quedas em idosos estava relacionado ao sexo feminino, capacidade funcional diminuída, idade ≥80 anos, incontinências, imobilidade e déficit cognitivo[96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106].

O enfermeiro na atenção primária deve atuar durante o acolhimento do idoso na UBS, informando-o sobre os cuidados com sua saúde a fim de reduzir a vulnerabilidade e evitar as quedas, visto que a fragilidade está instalada.

Quando as ações realizadas no nível primário não são suficientes, o **nível secundário** ocorre, nele estão presentes os primeiros sinais e sintomas[71]. Na presente investigação, a vulnerabilidade e as quedas podem já

estar instaladas, portanto será necessário um atendimento atento voltado para esse idoso.

No **nível terciário**, a atuação do enfermeiro tem um papel importante, pois, após a instalação da vulnerabilidade e o desenvolvimento de quedas, o enfermeiro e equipe devem atuar na prevenção de agravos, no processo de reabilitação do idoso e de orientação da família. Tal conduta visa estimular sempre que possível o autocuidado nesse indivíduo, a fim de restabelecer sua autonomia para realização de atividades.

Há evidências que apontam a importância da assistência de enfermagem no processo de reabilitação, bem como a necessidade de aproximação da família para o cuidado[107]. Outros estudos indicam a eficácia terapêutica da assistência de enfermagem individualizada com suporte domiciliar focada no atendimento pós-queda. Nota-se uma queda nos índices de reinternações hospitalares e as visitas domiciliares podem proporcionar uma redução nos índices de quedas no domicílio. Isso porque o enfermeiro, ao identificar os limites para o deslocamento do idoso, pode ser capaz de contribuir com medidas que se traduzam em conforto e segurança para o paciente[108,109,110].

Os profissionais da equipe de enfermagem, por serem aqueles que estão intimamente ligados a todo o processo de envelhecimento, vulnerabilidade e queda dos idosos, são capazes de intervir positivamente nas linhas de defesa desses idosos e no campo energético, a fim de reduzir os fatores estressores que levam os idosos a desenvolver a vulnerabilidade para quedas e de intervir no processo de prevenção e reabilitação desses idosos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram respondidas as questões relacionadas a qualidade de vida dos idosos presentes nessa investigação, bem como o índice de vulnerabilidade clínico funcional. Em ambas as escalas obtivemos resultados que sugerem a diminuição na qualidade de vida e risco de fragilidade.

Em relação as RS, observamos que em sua maioria os sentimentos negativos estão relacionados ao que eles possuem de informação e vivência sobre quedas. Foi possível identificar a ausência de elementos ligados a prevenção de quedas no momento da evocação.

Além disso, foi possível afirmar o pressuposto elaborado na presente investigação; uma vez que a palavra “medo” aparece no núcleo central.

A trajetória metodológica utilizada tornou possível conhecer e identificar os pontos de fragilidade dos idosos, bem como sua percepção e nível de conhecimento sobre a queda. Nota-se que os idosos em sua maioria possuem risco aumentado para vulnerabilidade, ou até mesmo fragilidade já instalada.

Considerando todos esses aspectos, faz-se importante pensar no atendimento de enfermagem voltado para as demandas desses idosos, tendo em mente tanto a promoção, focando em medidas preventivas de quedas, quanto na redução de riscos e agravos, contando como uma rede de apoio, atuando em todos os níveis de atenção à saúde.

Desta forma é possível dizer que a presente investigação contribuiu de maneira a pensar na atuação de enfermagem, a luz da teoria de Neuman para essa população, direcionando o olhar para as demandas desses indivíduos, afim, de promover uma melhoria na qualidade de vida, e reduzir possíveis danos relacionados a vulnerabilidade desses idosos para o desenvolvimento de quedas.

9 REFERÊNCIAS

[1] BRASIL; SAÚDE, M. D. Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a **política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em: 01 de agosto de 2018.

[2] MOREIRA, M. M. O. O Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. ISSN 1980-5519.

[3] RIGOTTI, J. I. R. Migrações internas no Brasil:(des) continuidades regionais à luz do Censo Demográfico 2010. **Revista Geografias**, p. 8-24, 2017.

[4] _____. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil no ano de 2017**. Rio de Janeiro 2017.

[5] JÚNIOR, C. S. D., & Costa, C. S. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. *Anais*, 1-21. 2016.

[6] DE ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; JUNIOR, J. M. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 12, 2014**.**

[7] MENESES, J. G. D. (2016). **Quedas em idosos (Master's thesis)**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal, 2016.

[8] ABREU, D.R.M. et al. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Ciênc. saúde coletiva** vol.21 n.11 Rio de Janeiro Nov. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.21512015.

[9] SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERIAS. **Linha Guia Saúde do Idoso Belo Horizonte**, 2006. Disponível em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445783/mod_resource/content/1/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf> Acesso em: 01 de agosto de 2018.

[10] DE BARROS, I. F. O. et al. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 63-80, 2015.

[11] ALMEIDA, M. M. et al. Cuidados de enfermagem na promoção da segurança do idoso hospitalizado na prevenção de quedas. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 4, p. 706-711, 2018.

[12] **RIGOTII, J. I. R; Transição Demográfica.** Educ. Real., Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, maio/ago. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso: 03 de agosto de 2018.

[13] MOREIRA, M. M. O. O Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência**. Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. ISSN 1980-5519.

[14] VERAS, Renato. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro**: Cad. saúde pública,** 2007.

[15] CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Disponível em: < http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=diana%20manuela%20gomes>. Acesso em: 28 de julho de 2018/.

[16] IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 01 de agosto 2018.

[17]TELLES, J. L; **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007: Contribuições para o debate.** Área Técnica Saúde do Idoso DAPE/SAS/MS. p.10. novembro, 2006**.**

[18] **GOULART, F. A. D. A.** Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde. p. 92, 2011.**

[19] ABDALA, R. P et al. Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. **Rev Bras Med Esporte** vol.23 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172301155494.

[20] SARGES, N. A; SANTOS, M.I.P.O; CHAVES, E.C. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. **Rev. Bras. Enferm.** vol.70 no.4 Brasília jul./ago. 2017 http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098.

[21] FONSECA, E. R.; **Prevenção e orientações de queda do idoso em ambiente domiciliar em Ilha da Conceição/NiteróI-RJ**. 2017.

[22] VIEIRA, R. S. VIEIRA, R.S. **Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde.** São Paulo v.17 n.1, p. 14-37, mar./jun. 2016. DOI: dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p14-37

[23] PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. D.; EIDT, O. R. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. **Revista de Enfermagem**, v.1, n.1, p. 19- 31, 2013. ISSN 2317-6075.

[24]OLIVEIRA, D. F. M. D. (2015). **A vitamina D nos idosos (Master's thesis).** Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal, 2015

[25] GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiología médica**. 12 ed. Elsevier, 2011. p.1216. ISBN 9788535237351.

[26] MOSCOVICI, S. Representações Sociais: **investigações em psicologia social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. ISBN 8532628966 9788532628961.

[27] PALMONARI, A. A importância da Teoria das Representações Sociais para a Psicologia Social. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET,D (orgs). **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas.** Brasília: Thesaurus, 2009.

[28] ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social,** v. 2, p. 27-38, 1998.

[29] FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa,** v. 34, n. 121, p. 169-186, Jan/Abr 2004.

[30] MOSCOVICI, S. **A Representação Social da psicanálise**. Zahar, 1978.

[31]_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Vozes, 2003. ISBN 8532628966.

[32] BANCHS, M. A. Alternativas de apropiación teórica: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales. In: CASADO, E.; CALONGE, S. **Conocimento Social y sentido comum**. Fondo Editorial de Humanidades y Educacion Universad Central de Venezuela. 2001. 110

[33] JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito coletivo e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v.24, p.679-712, 2009.

[34] FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, v.25, n.1, p.129-136, 2013.

[35] CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.435-445, 2003.

[36] NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman Systems Model. 5ed. Pearson**, 2011. p.425. ISBN 100135142776.

[37] LIMA, F. D. M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.3, 2014.

[38] CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de método mistos**. Porto Alegre: 2013

[39] ARAUJO, E. A; NEVES, S. F. P Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde, E-Sus E Tabwin: As Experiências De Barueri E Santo André, São Paulo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 470, 2015**.**

[40] MARTINS, C.G; FERREIRA L. R. M; **O Survey como Tipo de Pesquisa Aplicado na Descrição do Conhecimento do Processo de Gerenciamento de Riscos em Projetos no Segmento da Construção, 2011.** ISSN 1984-935.

[41] CAPORICCI S., NETO M.F.O**;** Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida**; Paraíba, 2011.** ISSN 1646−107X

[42] MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública,** v. 50, p. 81, 2016.

[43] DE SÁ, C.P. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Eduerj,** 1998. ISBN 8585881372.

[44] PINTO, P. F. Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas**.** [Tese Doutorado]. **Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.** Portugal, 2014.

[45] BRASIL; SAÚDE, M. D. Brasília 2018. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf > Acesso em: 25 de maio de 2019

[46] ÓBREGA, A. C. L. D., FREITAS, E. V. D., OLIVEIRA, M. A. B. D., LEITÃO, M. B., LAZZOLI, J. K., NAHAS, R. M.& PINTO, m. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Revista brasileira de medicina do esporte**, *5*(6), 207-211.1999

[47] MORAES, E. N. D. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília (DF): Organização Pan-americana de Saúde, 2018.

[48] LIMA, F. F. O., FERREIRA, J. B., DOS REIS, L. A., SANTOS, K. T., DA SILVA LIMA, L., & DE MORAIS, K. C. S. (2018). Perfil Sociodemográfico e nível de dependência funcional de idosos com risco de quedas. Id on Line **Revista multidisciplinar e de Psicologia**, 12(39), 164-178.

[49] MORAES, E.N Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. (Online).v.20, n.3, p.307-308, 2017.

[50] VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 246-252, 2005.

[51] CAMPOLINA, A. G; DINI, P. S; CICONELLI, R. M.. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2919-2925, 2011.

[52] LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico,

risco e histórico de quedas. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 3, 2009.

[53] CASTILLO ARGL, RECONDO R, ASBAHRC FR, MANFRO GG. Transtornos de ansiedade. **Rev Bras Psiquiatr**;22(Supl II):S20-3. 2000.

[54] NETO, S et al**. Associação entre o risco de queda e o medo de cair em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Maranhão. 2017.

[55] TEIXEIRA, D. C; DE OLIVEIRA, I. L; DIAS, R. C. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. **Fisioterapia em movimento**, v. 19, n. 2, 2017.

[56] CHAVES, M. O. et al. A representação social de queda da própria altura por idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 495-502, 2017.

[57] VIEIRA, A. A. U; APRILE, M. R; PAULINO, C. A. Exercício físico, envelhecimento e quedas em idosos: revisão narrativa. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 6, n. 1, 2015.

[58] GUERRA, H. S. et al. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 547-555, 2017.

[59] PIMENTEL, W. R. T. et al. **Quedas e qualidade de vida: associação com aspectos emocionais em idosos comunitários**. 2015.

[60] CRUZ, H. M. F. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. São Paulo: **Sociedade Brasileira para o Estudo da dor**,2011.108p.

[61] DIAS, E. N; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 591-604, 2018.

[62] DO AMARAL, J. B. et al. A religiosidade e a espiritualidade como referências para o enfrentamento da violência doméstica contra idosos [Religiosity and spirituality as resources for addressing domestic violence against the elderly]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. 7126, 2016.

[63] RODRIGUES, L. R. et al. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 429-436, 2017.

[64] JAHANA, K. O. et al. Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 17, p. 148-153, 2007.

[65] VACCARI, E. et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare enferm**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016.

[66] MOREIRA, P. N. O. **Conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2017.

[67] Chaves, M. O., Valadares, M. D. O., Cárdenas, C. J. D., & Oliveira, M. L. C. D. **A representação social de queda da própria altura por idosos**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2017, p.495-502.

[68] VERAS, Renato. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 381-382, 2016.

[69] WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. D. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 67, n. 1, p. 62-70, 2014. ISSN 0034-7167.

[70] MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

[71] SILVA, L. M. A. D. Contribuições da Teoria das Representações Sociais para o Campo Comunicação Organizacional: reflexões teóricas e metodológicas. **Comunicologia. Revista de Comunicação e Epistemologia da Universidade Católica de Brasília**, p. 14, 2015.

[72] PILGER, C.; MENON, M. U.; FREITAS, M, T. A. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 66, n. 6, p. 907-913, 2013.

[73] DUARTE, M.C.S. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 6, p. 901, 2013.

[74] BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. Ciência e Saúde Coletiva, 2008.

75 CHAVES, R.N.; LIMA, P.V.; VALENÇA, T.D.C.; SANTANA, E.S.; MARINHO, M.S.; REIS, L.A. Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. **Cogitare Enferm**. 2017; 22(1): 01-09.

[76] RODRIGUES, M. da S.; TEIXEIRA, H.P..; SANTOS, J.J. da S. Prevalência de quedas em idosos e suas consequências que geram internações hospitalares. 2015.

[77] DE OLIVEIRA, S. L. F et al. Fatores de risco para quedas em idosos no domicilio: um olhar para a prevenção/Risk factors for falls in elderly homes: a look at prevention. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1568-1595, 2019.

[78] LLANO, P. M. P. de et al. Frailty in rural older adults: development of a care algorithm. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 520-530, 2017.

[79] SOARES, E; DA CRUZ, A. E.B; DE CARVALHO, S. M. R. Qualidade de vida, síndrome de fragilidade e declínio cognitivo em idosos institucionalizados. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 223-241, 2016.

[80] FHON, J. R. S. et al. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 1005-1013, 2016.

[81] Silva, K. R. D. **Prevalência de Síndrome da fragilidade em idosos da área urbana do município de Coari-Amazonas: um estudo de base populacional**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Amazonas. 2016.

[82] CASTRO, C. M. M de. **Proposta de atendimento ao idoso frágil no centro de saúde Dom Cabral**. Sistema UNA-SUS; Universidade Federal de Minas Gerais. 2016.

[83] NICOLATO, F. V; DO COUTO, A. M; DE CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016.

[84] MACIEL, G. M. C et al. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.

[85] DE MORAIS, D. et al. Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

[86] CHACON, P. F. et al. A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S240-S246, 2016.

[87] DIAS, V. L. M. et al. A avaliação de risco e a implementação de medidas preventivas através do diagnóstico de enfermagem na prevenção de quedas. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**, 2016.

[88] LUZIA, M. de F. et al. Definições conceituais dos indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Prevenção de quedas”. **Revista brasileira de enfermagem.** Brasília. Vol. 71, n. 2 (mar./abr. 2018), p. 461-470, 2018.

[89] MONTENÁRIO, J. V. C. et al. **Prevalência e fatores associados às quedas em idosos de uma instituição de longa permanência**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2018.

[90] DE OLIVEIRA, S. L. F. et al. Fatores de risco para quedas em idosos no domicilio: um olhar para a prevenção/Risk factors for falls in elderly homes: a

look at prevention. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1568-1595, 2019.

[91] DUARTE, Y. A. de O. et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180021, 2019.

[92] MARTINS, N. A. et al. Teoria de Betty Neuman na abordagem de pessoas com Gangrena de Fournier. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 92-99, 2016. ISSN 2318-3691.

[93] SANTOS, J. de C. et al. **Vulnerabilidade de idosos à queda: diagnóstico pessoal, grupal e ambiental na perspectiva do cuidado de enfermagem (peri) domiciliar**. Universidade Federal de Juiz de Fora .2017.

[94] OLIVEIRA, F. A. et al. Estratégias educativas para promoção da saúde de idosos de um centro de convivência. **Revista Conexão UEPG**, v. 13, n. 3, p. 500-511, 2017.

[95] MOURA, D. C. A. D. et al. Labor conditions and theory of Betty Neuman: thirdparty workers of a public university. **Journal of Nursing UFPE on line** [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220], v. 10, n. 2, p. 727-735, 2016. ISSN 1981-8963

[96] FHON, J. R. S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 266-273, 2013.

[97] _____. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 589-94, 2012.

[98] REMOR, C. B; BÓS, GONÇALVES A, J; WERLANG, M. C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, 2011.

[99] DA SILVA, V. A; DE SOUZA, K.; et al. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 672-678, 2011.

[100] COELHO F. W. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

[101] BALDIN S, L. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013.

[102] ABREU da S, D'ELBOUX V. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2012.

[103] LENARDT, M. H. et al. Prevalência de pré-fragilidade para o componente velocidade da marcha em idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. Tela 1-Tela 8, 2013.

[104] COSTA S. D, M et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, 2013.

[105] LIRA B, C. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2013.

[106] LENARDT, M. H et al. Atividade física de idosos e fatores associados à pré-fragilidade. **Acta paul. enferm**, v. 26, n. 3, p. 269-275, 2013.

[107] DE LLANO, P, M, P et al. Família como vínculo apoiador ao idoso após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica à Enfermagem. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 257-273, 2016.

[108] WONG, F.; CHOW, S.; CHAN, S. et al. **Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial.** Age Ageing, v.43, n.1, p. 91-7, 2014.

[109] HOUT, A; WILLEMS, D. **Shining trinkets and unkempt gardens: on the materiality of care. Sociology Health Illness**. v.37, n. 8, p. 1206-17, 2015.

[110] YAO, T. ROSE, K; LEBARON, V. et al. Increasing role of nurse practitioners in house call programs. **Journal of the American Geriatrics Society** v.65, n.4, p. 847-852, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	Dados sociodemográficos		
Caracterização participante	Data nascimento: / /	Data coleta dados: / /	Gênero: ☐masculino ☐feminino
	Cor da pele: ☐branca ☐negra ☐parda ☐outros especificar	Tem filhos: ☐Sim ☐Não | Quantos:	Anos que estudou: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐ 14☐ 15☐
	Estado civil: ☐solteiro ☐casado ☐separado ☐viúvo ☐com companheiro ☐outros especificar	Profissão:	☐ Outros especificar

	Evocação- Percepção sobre quedas	
	Fale para mim as cinco primeiras palavras que vem a sua mente quando eu falo a palavra queda?	
1		
2		
3		
4		
5		

	Histórico de saúde
Alto risco para quedas	Maior de 80 anos: ☐ SIM ☐ NÃO Mais de cinco comorbidades: ☐ SIM ☐ NÃO Mais de cinco tipos diferentes de medicação: ☐ SIM ☐ NÃO
	Possui algum dos fatores abaixo? ☐ Imobilidade ☐ Incontinência urinária ☐ Incontinência fecal ☐ Instabilidade na para locomoção ☐ Incapacidade cognitiva
	Possui história de internação frequente: ☐ SIM ☐ NÃO | Possui história de alta hospitalar recente: ☐ SIM ☐ NÃO Necessita de auxílio para atividades de vida diária: ☐ SIM ☐ NÃO Possui fraturas osteoporóticas: ☐ SIM ☐ NÃO Possui insuficiência familiar: ☐ SIM ☐ NÃO
Escala Qualidade de vida SF-36 – em anexo Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional em anexo	

ANEXOS:

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Profa Dra **Elenir Pereira de Paiva.** Faculdade de Enfermagem. **Endereço:** Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, S/n - Martelos, Juiz de Fora - MG, 36036-330 - Telefone:(32) 2102-3821 elenirufjf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **"Quedas em idosos: planejando a casa segura"**. Nesta pesquisa, pretendemos **"**Identificar e mapear idosos frágeis através dos conceitos observados nas Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa**". Tal pesquisa se justifica por:** "as quedas são muito frequentes em idosos e contribuem com aumento da mortalidade". A contribuição da pesquisa consistirá em: dar uma entrevista, permitir que a mesma seja gravada e responder as nossas perguntas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em "**RISCOS** mínimos uma vez que o método e a técnica a serem utilizados durante a coleta de dados (entrevista individual) não incluem a realização de intervenções e houve a preocupação dos pesquisadores em utilizar técnicas comunicacionais, relacionais e de respeito humano." Entre os **benefícios,** a pesquisa contribuirá para " a possibilidade de identificar situações que favoreçam quedas e propor meios para evitá-las.

Para participar deste estudo, o(a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O (A) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões

profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **"em arquivo pessoal na UFJF"** e a outra será fornecida ao (a) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Quedas em idosos: planejando a casa segura”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 200_.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

ANEXO B- Escala de Qualidade de Vida SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua idade em geral agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas quatro semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva-mente falsa
a) Eu costumo obedecer um pouco	1	2	3	4	5

mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C- ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL

QUADRO 1. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)				
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL · *Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso.* · *Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.*			**Pontuação**	
IDADE	1. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0	
		75 a 84 anos	1	
		≥ 85 anos	3	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0	
		Regular ou ruim	1	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA — **AVD Instrumental** *Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.*	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?			
	( ) Sim		4	
	( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		0	
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?			
	( ) Sim		4	
	( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		0	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?			
	( ) Sim		4	
	( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		0	
AVD Básica Resposta positiva vale 6 pontos.	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?			
	( ) Sim		6	
	( ) Não		0	
			Sim	**Não**
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		1	0
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		1	0
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		2	0
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		2	0
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		2	0
MOBILIDADE — **Alcance, preensão e pinça**	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		1	0
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		1	0
Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?		2	0
	· Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano **ou** 6 kg nos últimos 6 meses **ou** 3 kg no último mês ( );			
	· IMC menor que 22 kg/m^2 ( );			
	· Circunferência da panturrilha < 31 cm ( );			
	· Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ).			
Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2	0
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2	0
Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		2	0
COMUNICAÇÃO	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2	0
	· *É permitido o uso de óculos ou lentes de contato*			
	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2	0
	· *É permitido o uso de aparelhos de audição*			
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?			
	· Cinco ou mais doenças crônicas;		4	0
	· Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia;			
	· Internação recente, nos últimos 6 meses.			
		Pontuação Final	**40 pontos**	