UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELA PANATO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

CRICIÚMA
2023

DANIELA PANATO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA SOBRE PREVENÇAO DE QUEDAS EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P187f Panato, Daniela.
Formação em serviço para equipes de Saúde da Família sobre prevenção de quedas em idosos / Daniela Panato. - 2023.
60 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.
Orientação: Jacks Soratto.

1. Pessoal de saúde - Formação. 2. Qualificação profissional. Cuidados paliativos. 3. Saúde do idoso. 4. Acidentes por quedas - Prevenção. 5. Promoção da saúde. 6. Saúde da Família. I. Título.

CDD 23. ed. 362.10711

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla – CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

DANIELA PANATO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMILIA SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 11 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Jacks Soratto
Doutor – Orientador
Presidente

Profa. Ariete Inês Minetto
Doutora – UNESC
Membro externo

Prof. Willians Cassiano Longen
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedicatória: dedico este trabalho aos meus pais, porque sem eles, esse sonho não seria possível. Agradeço aos meus filhos pela paciência em muitos momentos. E, acima de tudo, agradeço a Deus, pois ele nos guiou em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Arino e Rejane, que acreditaram em mim, acreditaram na minha dedicação, que apoiaram não só financeiramente, mas apoiaram também de forma afetiva, me dando respaldo para que eu pudesse me dedicar ao desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus filhos, Alícia e Artur, que muitas vezes abriram mão da companhia da mamãe para que eu pudesse estudar, assistir aulas, ler artigos e me dedicar a execução deste.

Ao meu orientador, Professor Jacks Soratto, pela presteza, por estar sempre guiando e contribuindo com seu saber, e sempre com muita humildade ouvindo e orientando.

Acima de tudo e de todos, agradeço a Deus, que esteve sempre ao nosso lado, me guiando e sustentando todos aqueles envolvidos que abriram mão de muitas coisas para que esse sonho se tornasse realidade.

RESUMO

Introdução: A transição demográfica com aumento da expectativa de vida tem colocado em evidência um importante problema de saúde pública: as quedas. As quedas provocam comprometimentos na vida dos idosos, mesmo as ocorrências com lesões de menor gravidade, podem deixar sequelas, produzir impacto significativo na qualidade de vida e colaboram para o aumento da morbidade, em algumas situações, mortalidade. **Objetivo:** Desenvolver um curso de qualificação profissional sobre prevenção de quedas que acometem idosos, para profissionais das estratégias de Saúde da Família. **Métodos:** o cenário de construção da proposta formativa foi o município de Balneário Gaivota, Estado de Santa Catarina, em três Unidades Básicas de Saúde, com 52 profissionais das estratégias de Saúde da Família, a saber: quatro médicos, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, três odontólogos, três auxiliares de consultório odontológico, vinte e um agentes comunitários de saúde, quatro fisioterapeutas, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, dois recepcionistas e três higienizadoras. A construção da proposta formativa foi alicerçada nos preceitos teóricos do Arco de Charles Maguerez: observação da realidade, pontos chaves, hipóteses de solução, teorização e aplicação a realidade. Foram realizadas ainda três oficinas formativas em três Unidades básicas de saúde, norteadas pelo método criativo sensível adaptado. Os preceitos éticos foram respeitados e o estudo teve parecer favorável sob o número 5.821.177. **Resultados:** o desenvolvimento do curso de qualificação profissional teve duração total de 6 horas/aula e estruturou-se em cinco momentos. Observação da realidade: foi realizado um encontro de sensibilização com a gestão, a respeito do tema do projeto, apresentação de dados relativos a morbimortalidade relacionado as quedas; pontos chave: foram contempladas as quedas em idosos como problema de Saúde Coletiva, abordados na primeira oficina formativa com dados pertinentes ao tema; hipóteses de solução: para estruturação do processo formativo foram realizadas pesquisas em bases de dados com vistas a construção do arcabouço teórico sobre a temática; teorização: foi realizada a segunda oficina formativa, oportunizou-se socialização de conhecimentos relacionados à ocorrência, causas, locais, consequências e/ou complicações decorrentes das quedas, bem como início da construção de um material didático sobre prevenção de quedas; aplicação a realidade: foi o momento de abordarmos a prevenção na prática, discutiu-se sobre o tema durante a terceira oficina formativa, bem como apresentou-se o material elaborado com a colaboração dos profissionais e apresentação do Setor de Prevenção de Quedas. **Considerações finais:** O desenvolvimento da proposta formativa oportunizou ampliar conhecimentos sobre quedas e as formas de atuação multiprofissional, colaborando para integração entre os membros das equipes e consequentemente qualificando assistência e ações à saúde do idoso. Esse processo formativo gerou aplicabilidade de um material didático na prática dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família e criação de um serviço municipal de prevenção de quedas.

Palavras-chave: Saúde do idoso, Acidentes por quedas, Prevenção de acidentes, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The demographic transition with increased life expectancy has highlighted an important public health problem: falls. Falls in the elderly cause impairments in the lives of the elderly, even occurrences with minor injuries, can leave sequelae, produce a significant impact on quality of life and contribute to increased morbidity, in some situations, mortality. **Objective:** To develop a professional qualification course on the prevention of falls that affect the elderly, for professionals of the Family Health strategies. **Methods:** the construction scenario of the formative proposal was the municipality of Balneário Gaivota, State of Santa Catarina, in three Basic Health Units, with 52 professionals of the Family Health strategies, namely: four doctors, three nurses, six nursing technicians, three dentists, three dental office assistants, twenty-one community health agents, four physiotherapists, two psychologists, one occupational therapist, two receptionists and three sanitizers. The construction of the formative proposal was based on the theoretical precepts of Charles Maguerez's Arch: observation of reality, key points, hypotheses of solution, theorization and application to reality. Three training workshops were also held in three Basic Health Units, guided by the adapted sensitive creative method. The ethical precepts were respected and the study had a favorable opinion under the number 5,821,17. **Findings:** The development of the Professional Qualification Course had a total duration of 6 hours/class and was structured in five moments; Observation of reality: a sensitization meeting was held with the management, regarding the theme of the project, presentation of data related to morbidity and mortality related to falls; Key points: falls in the elderly were considered as a Collective Health problem, addressed in the first formative workshop with data pertinent to the theme; Hypotheses of solution: to structure the formative process, searches were carried out in databases with a view to the construction of the theoretical framework on the theme; Theorization: the second formative workshop was held, socialization of knowledge related to the occurrence, causes, places, consequences and/or complications resulting from falls was provided, as well as the beginning of the construction of a didactic material on fall prevention; Application to reality: It was the moment to address prevention in practice, it was discussed on the subject during the third formative workshop, as well as the material elaborated with the collaboration of the professionals and presentation of Sector of Prevention of Falls. **Final considerations:** The development of the formative proposal provided the opportunity to expand knowledge about falls and the forms of multiprofessional action, collaborating for integration among team members and consequently qualifying care and actions for the health of the elderly. This formative process generated the applicability of a didactic material in the practice of the work processes of the Family Health teams and the creation of a municipal service for the prevention of falls.

Keywords: Health of the elderly, Accidents due to falls, Prevention of accidents, Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Arco de Charles Maguerez adaptado 30
Foto 1 – Realização do trabalho coletivo..... 37
Foto 2 – Resultados UBS Raulino Ramos..... 38
Foto 3 – Resultados UBS Erotides Fernandes Batista..... 38
Foto 4 – Resultados UBS Abel Delaudino dos Santos..... 39
Figura 1 – Resultados das questões disparadoras..... 39
Figura 2 – Material Didático voltado para prevenção de quedas (parte externa).. 41
Figura 3 – Material Didático voltado para prevenção de quedas (parte interna) .. 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ILP	INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
eSF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PNI	POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PNSI	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO
PNSPI	POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
SEPREQ	SETOR DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13
1.1 JUSTIFICATIVA..... 15
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA..... 16
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO..... 16
2 OBJETIVOS..... 17
2.1 OBJETIVO GERAL..... 17
3 REVISÃO DE LITERATURA..... 18
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS DA ATENÇÃO A SAUDE DA PESSOA IDOSA..... 18
3.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO..... 19
3.3 CAUSAS DAS QUEDAS EM IDOSOS..... 20
3.3.1 Fatores de Risco..... 22
3.3.2 Complicações resultantes das quedas..... 23
3.4 PREVENÇÃO DE QUEDAS..... 25
4 MÉTODOS..... 28
4.1 TIPO DE PRODUTO..... 28
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO..... 28
4.3 PÚBLICO ALVO..... 29
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO..... 29
4.4.1 Alicerce Metodológico para construção do produto..... 29
4.4.2 Aspectos Éticos..... 31
5 RESULTADOS..... 32
5.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE - SENSIBILIZAÇÃO PARA PROPOSTA PRODUTO..... 32
5.2 PONTOS CHAVE - QUEDAS DE IDOSOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA..... 32
5.3 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO - REVISÃO PARA ESTRUTURAÇÃO DO PRODUTO..... 34
5.4 TEORIZAÇÃO – CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NA PREVENÇÃO 34
5.5 APLICAÇÃO A REALIDADE - ATUAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

EM IDOSOS..... 40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 45
APENDICE A – ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS FORMATIVAS..... 55
APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 56
APENDICE C – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO..... 59
ANEXO A – CARTA ACEITE..... 60
ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA..... 61

1 INTRODUÇÃO

O processo conhecido como transição demográfica e epidemiológica vem se traduzindo em mudanças relevantes na demografia dos países, com aumento progressivo da população idosa (ZEN, et al., 2018).

O contingente de indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil, atingiu mais de 26 milhões de pessoas em 2017, o que correspondia a 12,5 % da população total do país. Esse fato demonstra que os idosos são o grupo que mais cresce em proporção na pirâmide etária. É observado que o estado de Santa Catarina tem a maior esperança de vida ao nascer, e Florianópolis é considerada uma das capitais mais longevas do país (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

A velhice, associada ao esgotamento natural dos sistemas fisiológicos e da funcionalidade, ao aumento da morbidade e a institucionalização precoce torna as quedas acidentais uma questão de saúde publica, pois além do alto custo, as hospitalizações implicam em sobrevida: apenas 50% dos idosos que caíram e foram internados em hospitais ainda estarão vivos dentro de um ano (ABREU et al., 2018).

As quedas acometem cerca de 30% dos idosos acima de 60 anos e de 40 a 50% dos idosos mais velhos (acima de 80 e 85 anos), consistindo na principal causa de lesões, fatais ou não, nesses grupos, com destaque para os longevos (KHOW; VISVANATHAN, 2017; ABREU et al., 2018).

A principal problemática relacionada às quedas é a ocorrência de danos ao paciente, que acontecem em aproximadamente 30 a 50% dos casos incluindo escoriações, hematomas, contusões, fraturas de fêmur, quadril e traumas de crânio, podendo levar o paciente ao óbito nos casos mais graves (MIAKE-LYE IM et al., 2013; ABREU HCA et al., 2015; STEPHENSON M et al., 2016).

As quedas podem provocar comprometimentos mais leves ou muito graves na vida dos idosos, e não raro podem levar a óbito. Porém, mesmo a ocorrência de quedas com lesões de menor gravidade, sem risco de provocar óbito ou deixar sequelas, pode produzir impacto significativo na qualidade de vida do idoso e levar ao desenvolvimento do medo de cair (THIEM et al., 2014; PEETERS et al., 2015; NASCIMENTO; PAIVA; TAVARES, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que o número de ferimentos causados por quedas dobrará até 2030 caso estratégias não sejam realizadas à curto prazo (PARK, 2018). Diante destas informações, as quedas são

uma grande preocupação no cenário da saúde pública, devido a sua alta prevalência e o seu impacto biopsicossocial, ou seja, repercussões principalmente na saúde física e funcional do idoso, mas também em questões sociais e econômicas do indivíduo, da família, da comunidade e da sociedade (KÖNIG et al., 2014; LEE et al.,2015).

No Brasil, as taxas médias de internação e de mortalidade devido a quedas no período de 1998 a 2015 foram respectivamente: 15,04 internações/100.000 habitantes/mês e 0,67 óbitos/100.000 habitantes/mês. Entretanto, não houve aumento do acesso de idosos às internações hospitalares no SUS por todas as causas no Brasil e nem em suas regiões (BRASIL, 2019).

Para nortear ações no campo do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, foram elaborados e publicados marcos legais e normativos como a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, definida como idosa a partir dos 60 anos de idade (BRASIL, 1994). Posteriormente, a publicação do Estatuto do Idoso, foram reafirmados os direitos das pessoas idosas, cabendo à Saúde, garantir atenção integral a essa população, por intermédio do SUS (BRASIL, 2003).

Apesar dos acidentes por quedas em idosos serem considerados um problema de saúde pública, é passível de prevenção, sendo necessário e oportuno o rastreio do risco de quedas em idosos e a avaliação de saúde dos mesmos (SILVEIRA et al.,2018). Nessa direção, ressalta-se a importante atuação dos profissionais que integram as equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) na Atenção Primária à Saúde (APS), pois buscam identificar o risco de quedas em idosos, desenvolver e implantar práticas de cuidados com foco na prevenção das quedas de modo integral (SOUZA et al.,2017).

O Brasil estará entre os 31 países mais populosos do mundo que, juntos, concentrarão 75% da população global. Como as sequelas de quedas moderadas e graves muitas vezes comprometem a independência e autonomia dos idosos, o controle e o cuidado com a sua ocorrência são uma grande preocupação. Conhecer a distribuição e o manejo das medidas preventivas existentes para quedas é importante para otimizar o planejamento da rede de atenção à saúde e manter adequada estrutura e recursos humanos nos serviços (SCHWENK et al., 2012).

Em consonância com o crescimento desse grupo etário e o maior risco de quedas, são consideráveis as implicações econômicas como o impacto para a

família, a comunidade e a sociedade. É preciso destacar o aumento dos gastos com as internações por quedas para os serviços de saúde, uma vez que, no ano de 2006, o gasto total foi de mais de R$ 66 milhões, enquanto em 2014, mais que duplicou, superando R$142 milhões (UNITED NATIONS, 2017).

As ações intersetoriais apresentam destaque entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Idosa (PNSPI), que reforça que o processo de envelhecer deve ser acompanhado de qualidade de vida e com menor grau de dependência funcional possível (BRASIL, 2006).

Ademais, a educação para a percepção do risco de quedas é um importante fator preventivo que deve ser considerado em programas de intervenção, visto que à medida que um indivíduo é capaz de identificar os fatores que podem desencadear uma queda, ele pode aderir à comportamentos preventivos para prevenir estes episódios, como iluminação adequada do ambiente e cuidados adicionais com superfícies irregulares e/ou molhadas (MIHALJCIC et al., 2017; MOREIRA et al*.,* 2018).

A prática da atividade física é uma medida com potencial para prevenir restrições em atividades e risco de quedas. Em estudo recente, foram identificados 116 estudos que envolveram um total de 25.160 participantes expostos a vários tipos de exercício (equilíbrio, funcional e resistência) e confirmaram que idosos praticantes de atividade física (todos os tipos) foram capazes de reduzir em 23% a taxa de quedas (SHERRINGTON et al.,2020).

Há, portanto, a necessidade de desenvolver políticas de prevenção de quedas, instruir profissionais da saúde a realizar a identificação precoce de idosos com maior risco de quedas e promover um envelhecimento saudável por meio de instruções educacionais e intervenções por meio de exercícios físicos (LACH; NOIMONTREE, 2018).

1.1 JUSTIFICATIVA

O aumento da população idosa tem colocado em evidência um sério problema para nossa Saúde Pública, a saber, as quedas.

Reduzir o número de quedas evitáveis sofridas que acometem os idosos, bem como as incapacidades e limitações que estão relacionadas a elas se torna um desafio que precisa ser abordado.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Ausência de formação em serviço relacionado a prevenção de quedas e suas consequentes complicações, como incapacidade funcional, fraturas, ansiedade e até mesmo a morte.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

Qualificação dos profissionais das eSF como multiplicadores, para atuação na prevenção de quedas que acometem os idosos no município de Balneário Gaivota/SC.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um curso de qualificação profissional sobre prevenção de quedas que acometem idosos para profissionais das eSF de Balneário Gaivota, Santa Catarina.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS DA ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Para orientar as ações setoriais e intersetoriais no campo do envelhecimento e saúde da pessoa idosa foram elaborados e publicados marcos legais e normativos.

Até a promulgação da Constituição Federal em 1988, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção à população idosa. A partir de então, o direito universal à saúde foi conquistado pela sociedade e reafirmado com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dessa forma, a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. O entendimento desse direito passa pelos princípios organizativos do SUS e são reafirmados na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Posterior à criação do SUS, foi promulgada a Lei Nº 8.842/1994 que tratava sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cujo objetivo foi garantir os direitos sociais dos idosos e também reafirmava o direito à Saúde desta população nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Em 1997 foi criado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da PNI, que visou colocar em prática as ações estabelecidas pela política e teve o intuito de desenvolver ações preventivas, curativas e promocionais relacionadas à população idosa (BRASIL, 1997).

Em 1999, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003 no Brasil, ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, ainda que não tenha dado clareza a respeito do financiamento das ações propostas (BRASIL, 2003).

O Pacto pela Saúde (2006) trouxe a saúde do idoso para o topo da lista de objetivos e teve, como meta prioritária, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que teve como principal propósito a atenção integral ao idoso, algumas mudanças ocorreram com relação aos indicadores com o advento do Coap, e se perdeu a especificidade no que diz respeito à Saúde do Idoso. A população idosa precisa ser vista com base na integralidade do cuidado e é de suma importância o investimento na definição e viabilização de indicadores capazes de mostrar a organização do atendimento a esta população para que a real atuação da atenção básica seja avaliada (BRASIL, 2006).

3.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

O processo de envelhecimento humano é acompanhado de alterações biofisiológicas e psicossocioculturais que influenciam no aumento de doenças crônicas, polifarmácia, vulnerabilidade para quedas e na auto percepção de si, das relações interpessoais, do ambiente e dos valores atribuídos às circunstâncias do cotidiano (GIOVANELA et al., 2018).

Esse período da vida requer que os ambientes onde as pessoas se encontrem sejam reajustados. A meta almejada visa agregar segurança pessoal e contribuir para a prevenção de quedas. Dentre as causas externas, as quedas representam um problema de saúde pública em ascensão, é a segunda causa de mortes acidentais em todo o mundo (BULL et al., 2020).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações na composição corporal, na qual há aumento e redistribuição de gordura corporal e redução da quantidade e qualidade da massa muscular. Essa última, contribui para um decréscimo na força muscular voluntária e declínio de 10% a 15% por década de vida em indivíduos de 50 a 60 anos, e de até 30% em indivíduos de 70 a 80anos (HUGHES, 2011).

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional foi marcado pelo aumento da expectativa de vida e redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo. Houve crescimento da quantidade de idosos com 80

anos e mais, etapa vulnerável do ponto de vista social e da saúde física e mental, dentre as quais são comuns a perda de autonomia e o aumento da dependência (FREEDMAN; NICOLE, 2020).

O declínio da força e função muscular é maior que a perda de massa muscular durante o envelhecimento (XU HQ, 2018). Essa condição possui um alto impacto na saúde pública mundial, por aumentar o declínio funcional, perda da independência para atividades da vida diária, internação em lares de idosos, depressão, hospitalização e até morte (DEL DUCA et al., 2012; BEAUDART et al., 2014).

O envelhecimento é um processo biológico, progressivo e universal, que exige constantemente a revisão de medidas socioeconômicas em um país, especialmente em relação a saúde (NOGUEIRA et al.,2013).

Além do aumento de comorbidades, o uso de diferentes medicamentos, a marcha lentificada e a diminuição da acuidade visual e da audição tendem a gerar um processo incapacitante ao longo do tempo. Como consequência dessas alterações funcionais, há um crescimento exponencial da ocorrência de trauma por causas externas, com destaque para as quedas (LEE, 2008; HIRANO, 2007).

A inversão da pirâmide etária configura-se como grande desafio as políticas públicas, que precisam levar em consideração os direitos e as necessidades especificas de atenção a saúde desse grupo populacional, que está suscetível a doenças e eventos relacionados com a própria idade, como as quedas (BURNS, 2016; DUARTE, 2018).

3.3 CAUSAS DAS QUEDAS EM IDOSOS

O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências, especialmente as fraturas (PAIXÃO, 2002).

A queda pode ser definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (PINHO et al.,2005).

De acordo com a OMS, queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil (BERGMAN et al., 2011).

As quedas são eventos caracterizados por uma mudança súbita e não intencional de posição, levando o indivíduo ao chão ou a um nível inferior. Os idosos tendem a definir a queda como uma perda no equilíbrio, já os profissionais da saúde, normalmente referem-se às quedas como eventos que levem a ferimentos e outras lesões, com danos à saúde do indivíduo (BRASIL, 2010).

O tema é muito valorizado pela gerontologia e uma fonte de preocupação dos pesquisadores dessa área, pois se constitui em um sério problema de saúde pública no Brasil, já que cerca de 30% dos indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos (PEREIRA et al.,2001).

Cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos caem ao menos 1 vez por ano e metade delas cai ao menos duas vezes por ano (COUTO; PERRACINI, 2012).

Esse panorama remete a grande discussão sobre os eventos incapacitantes e a necessidade de se manter autonomia e independência do idoso, ou seja, manter as atividades básicas da vida diária e as instrumentais, sendo independente em sua capacidade funcional, que é definida como a habilidade de manter as atividades físicas e mentais necessárias (SILVA, 2013).

No âmbito do indivíduo idoso, uma queda significa desde fraturas e risco de morte, até medo de cair, restrição de atividades, declínio na saúde e aumento do risco de institucionalização. Nos aspectos sociais, ela pode onerar o serviço de saúde pelas consequências que a acompanham, tais como a necessidade de internações prolongadas e as mudanças das configurações familiares pela necessidade de disponibilização de algum familiar para os cuidados com o idoso caidor (PERRACINI RAMOS, 2002).

Pode ser considerada um tipo de acidente doméstico inesperado não intencional, em que o corpo do indivíduo passa para um nível mais baixo em relação à sua posição original, com a incapacidade de correção em tempo hábil, condicionada a fatores intrínsecos (inerentes ao próprio idoso), e extrínsecos (relacionados ao meio ambiente). É a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais (AGUIAR; ASSIS, 2009).

3.3.1 Fatores de risco

Existem algumas constatações que devem ser levadas em consideração quando se fala em idoso e queda, uma delas é que os idosos caem mais em seu próprio lar do que na rua ou em outros ambientes (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA, 2004).

Mais de 70% das quedas ocorrem no interior da residência, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco (PEREIRA et al.,2001). Dessa forma, essa população tem risco aumentado de quedas, e um terço de todos os idosos autônomos com mais de 65 anos de idade pode esperar sofrer esse evento no decorrer de 1 ano. Os idosos dependentes têm maior prevalência de fatores de risco e, por isso, podem sofrer mais quedas (CATTELANI et al., 2015).

O domicílio, na perspectiva da avaliação da vulnerabilidade para queda, está sendo concebido como o ambiente físico, emocional, cultural e estrutura arquitetônica das residências e/ou cômodos que inclui os objetos e as opções estéticas culturalmente definidas, para o ambiente interno das residências, além das dependências e áreas externas contidas nos limites da propriedade imobiliária em que a pessoa idosa reside ou se encontra momentânea ou temporariamente. Há recomendação para que esses ambientes tenham acessibilidade, sejam seguros, e livres de fatores de riscos para quedas (ALSHAMMARI et al.,2018).

O idoso, muitas vezes, passa a maior parte do tempo em sua residência. Esse ambiente, que pode parecer o mais seguro possível pela familiaridade, pode tornar-se um ambiente de risco. Entre os acidentes domésticos, as quedas são as mais comuns em uma proporção de 70% e fatores externos em 30%. Nesse ambiente, a pessoa idosa tem sua prontidão diminuída devido à autoconfiança para se deslocar, construída pelo conhecimento que possui sobre o ambiente em que vive (MENDES et al., 2005).

As quedas são geralmente resultado de uma complexa interação entre diferentes fatores de risco que podem ser classificados em três categorias: fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Os fatores de risco intrínsecos incluem as características relacionadas ao próprio idoso, tais como a idade, a capacidade funcional, a presença de doenças crônicas e de distúrbios de marcha; os fatores extrínsecos são relacionados ao ambiente em que o idoso se encontra e os fatores comportamentais se referem ao uso e a percepção do espaço em relação a

demanda imposta pelo ambiente e a capacidade funcional do idoso (MORSCH, et al., 2016).

A literatura aponta que pessoas com maior nível socioeconômico tendem a apresentar menor risco nutricional e maior bem-estar, enquanto indivíduos com menor nível socioeconômico são mais propensos a quedas (VAFAEI et al.,2016).

Estudo recente relatou diversos fatores que predispõem indivíduos do sexo feminino a maiores riscos de quedas, como morar sozinha, possuir menor nível de escolaridade, não possuir um parceiro e apresentar menor satisfação com relacionamentos, ser desempregada, maior número de crianças no ambiente e menor nível socioeconômico (KIM; CHOI; XIONG, 2020).

Os principais fatores de risco determinantes para quedas relacionam-se com a auto avaliação negativa da saúde, baixa acuidade visual, uso de polifarmácia, presença de doenças crônicas, comprometimento para a execução das atividades da vida diária, depressão, idade igual ou superior a 80 anos, e déficit cognitivo (SMITH et al.,2017).

As quedas ocorrem devido à perda de tônus muscular, equilíbrio postural e podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular ou uma condição clinica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade (MELZER, 2004).

O reconhecimento do risco de sofrer quedas está bem consolidado entre os profissionais da área da saúde, dada a relevância da questão, por outro lado, ainda se observa o desafio no que diz respeito a percepção pelos idosos. Isto porque se estes não forem capazes de perceber suas limitações e os riscos presentes no ambiente em que vivem, provavelmente não se engajarão em atividades preventivas (MORSCH, 2016).

3.3.2 Complicações resultantes das quedas

Para os idosos, as quedas têm um significado muito importante, pois podem levá-los a complicações significativas, como incapacidade funcional e morte. Elas representam as principais causas de acidentes nos idosos e um relevante problema para a Saúde Pública, devido os custos elevadíssimos, causados, por exemplo, pela hospitalização, procedimento cirúrgico e atendimento continuado de

uma fratura de fêmur no idoso, sendo esta a mais frequente consequência de uma queda (SILVA et al*.,* 2013).

Em pessoas idosas, a queda é causa crescente de lesões, gastos com tratamento e mortalidade. Além disso, produz restrição das atividades de vida diária, incapacidades, declínio na saúde e aumento no risco de institucionalização, propiciando não apenas o prejuízo físico, mas também psicológico. Os custos que decorrem das quedas são altos: uma fratura de colo de fêmur custa em média 7.000 dólares, uma fratura de vertebra, 1.200. Contudo, os maiores problemas são as limitações com essas fraturas, pois em média 15% deles passam a sofrer incapacidades (CARVALHAES et al*.*, 1998).

Além de gerar sequelas, as quedas ainda podem trazer danos secundários como o medo de cair, restrição funcional, perda de autoconfiança e recorrência de quedas, alimentando um ciclo vicioso (TIEDEMANN; STURNIEKS; LEAY, 2017). As quedas da própria altura geralmente causam fraturas de extremidades e pélvicas, seguidas por cabeça e pescoço. Mas quando são de maiores alturas, além das lesões citadas, frequentemente atingem face, pulmão ou tórax e abdome (JAMES et al. 2018).

No Brasil, as fraturas de fêmur e quadril ocorrem em 1,8% das quedas, das quais 31,8% precisam de tratamento cirúrgico (PIMENTEL et al., 2018). Essas cirurgias costumam afetar a independência do individuo, pois 40% dos idosos internados por quedas necessitarão de cuidadores domiciliares e 10% deles, de ajuda para as atividades diárias, além da reabilitação (TIEDEMANN; STURNIEKS; KEAY, 2017).

Após um episódio de queda, de 21 a 39% dos indivíduos caidores desenvolvem medo de cair; e idosos que temem uma nova queda podem tornar-se mais suscetíveis à reincidência deste episódio, visto que restringem suas atividades, reduzem o nível de atividade física e apresentam uma qualidade de vida reduzida (SWANSON; ROBINSON, 2020).

Assim, a queda mostra-se um evento complexo com componentes fisiológicos, psíquicos e sociais e exige uma abordagem que leve em consideração esses fatores (GASPAROTTO; SANTOS, 2012).

Uma das principais causas de morte e a razão mais frequente da procura pelo Serviço de Emergência entre as pessoas idosas são as quedas, que representam quase 50% de todos os atendimentos por trauma. À medida que as

pessoas envelhecem, a probabilidade de sofrerem quedas é maior. Embora a maioria das lesões relacionadas à queda seja menos grave, elas podem causar dor e desconforto significativos, afetar a confiança do idoso e levar à perda de independência. Algumas quedas podem causar sérios problemas de saúde a longo prazo (BULL,2020).

Diante desta realidade e sabendo-se que as quedas são acidentes, muitas vezes evitáveis, é de grande relevância que existam ações rotineiras de prevenção nos serviços de saúde, voltadas para a população idosa e seus familiares e cuidadores, junto aos profissionais da Atenção Básica, incluindo estratégias passíveis de multiplicação, com o objetivo de uma redução precoce desse problema de saúde, em todo o Brasil (CIOSAK et al., 2011).

De fato, as quedas constituem considerável problema de saúde pública, devido às suas consequências, como aumento do risco de quedas subsequentes, readmissão hospitalar, declínio funcional, mortalidade, medo de cair novamente e isolamento social. A melhor percepção e o conhecimento do risco desse evento pelos idosos podem propiciar que eles adotem medidas preventivas, reduzindo as quedas no ambiente hospitalar. A dor pode prejudicar a postura, o equilíbrio e a marcha, tornando-se um fator de risco para quedas nesses ambientes (SOUZA et al., 2022).

3.4 PREVENÇÃO DE QUEDAS

Consoante com a PNSPI – que dispõe sobre medidas coletivas e individuais de promoção da saúde da população com mais de 60 anos – é necessário identificar os possíveis fatores de risco de quedas nas comunidades, reforçar a importância do autocuidado e alertar a família ou cuidador para que participem ativamente da prevenção de queda em idosos (BUKSMAN et al.,2008).

Acredita-se que a APS é a principal porta de entrada para os serviços de saúde, atendendo pessoas também saudáveis, numa perspectiva de integralidade da atenção. Isso implica no compromisso e na responsabilidade dos profissionais em zelar pela manutenção da saúde das pessoas de uma comunidade (TASCA, et al., 2020).

A prevenção está intimamente atrelada a fatores de risco, isto é, a elementos que podem promover ou associar-se ao desencadeamento de um evento

indesejado, e não raramente grave, mesmo não sendo necessariamente o fator causal. É neste contexto que diversas pesquisas procuram identificar os fatores de risco, com o objetivo de desenvolver programas efetivos de prevenção de quedas em idosos (MORSCH et al., 2016).

Apesar das causas serem multifatoriais, alguns estudos mostraram que o exercício físico é capaz de reduzir o risco de quedas (CAMPBELL; BORRIE, 1989; VALIM-ROGATTO; CANDOLO; BRETAS, 2011).

O sedentarismo potencializa o risco de quedas no idoso e limita sua independência nas atividades de vida diária e o convívio social. Sendo assim, estudos tem relatado que a prática de atividade física é uma estratégia importante na prevenção de quedas, e mesmo na redução dos impactos causados por elas (HARA; SHIMADA, 2007).

A literatura apresenta várias possibilidades para a prevenção desse agravo. Entretanto, a despeito dos avanços nas pesquisas sobre medidas preventivas de quedas, estudos mostram que a não adesão ou baixa adesão dos idosos a essas medidas ainda é um problema (MIKOLAIZAK, 2018).

Vários fatores podem influenciar o comportamento de adesão dos idosos às medidas preventivas, dentre eles: condição de saúde comprometida, experiências anteriores desagradáveis, impossibilidade de ir ao local de intervenção, falta de tempo, de apoio dos profissionais ou da família e de conhecimento sobre os benefícios das atividades (HAUSER et al., 2014).

A atividade física, somada a outras medidas gerais de saúde, é determinante para minimizar os efeitos do envelhecimento. Atribui-se à realização de exercícios físicos regulares a capacidade de manter um bom desempenho funcional e de prevenir distúrbios da marcha e do equilíbrio em idosos. Esse comprometimento da marcha é caracterizado por uma diminuição no comprimento do passo, na velocidade e no aumento da base de sustentação (GUIMARÃES et al.,2004).

Para prevenir a ocorrência de quedas na população idosa devem-se ter alguns cuidados importantes no domicílio, como tapetes soltos e desfiados que podem deslizar ou causar tropeções, procure evitá-los ou fixe-os bem para que não escorreguem; o grande número de fios elétricos soltos em área de circulação também é um problema importante; coloque tapetes antiderrapantes no banheiro, no chuveiro, em frente a pia da cozinha e em outras áreas da circulação; evite andar em

áreas com piso irregular, liso ou úmido; retire obstáculos do chão, como móveis e objetos espalhados pela casa, contribuem para as quedas; deixar sempre uma luz acessa durante a noite, para facilitar sua locomoção, evitando quedas; as escadas e corredores devem ter corrimão dos dois lados. O corrimão deve continuar até os últimos degraus, que devem ser revestidos com piso antiderrapante e sinalizados com faixas amarelas no primeiro e último degrau; coloque o telefone num lugar acessível, para ser mais fácil pedir ajuda quando for necessário e evite encerar a casa (BRASIL, 2006,2017).

Todo profissional de saúde que atua no domicilio pode e deve investigar as condições do ambiente domiciliar e utilizar estratégias educativas, como orientações de prevenção de acidentes, sugerindo as possíveis mudanças na área física (DUARTE; DIOGO, 2000).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PRODUTO

Trata-se de um curso de qualificação profissional sobre prevenção de quedas que acometem idosos, voltado a profissionais das eSF.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido no Município de Balneário Gaivota, município litorâneo localizado no extremo sul catarinense, que hoje tem como população cadastrada no sistema de saúde do município, 14022 pessoas, sendo destas, 3596 pessoas com mais de 60 anos de idade. O município conta com 3 (três) eSF que integram três Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A APS do município atende 100% da população, segundo informações repassadas pela secretaria de saúde e, mensalmente, presta em torno de 13.000 atendimentos (BRASIL, 2021).

A UBS Raulino Ramos localiza-se no centro do município e conta com os seguintes atendimentos: médico, enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional. Hoje essa equipe soma aproximadamente 30 profissionais, pois esta unidade será desmembrada para formação de mais uma eSF no município.

A UBS Erotides Fernandes Batista localiza-se ao norte do município e atende os bairros dessa localidade. Essa unidade oferece atendimentos de enfermagem, médico, nutricionista e odontológico e conta com aproximadamente 15 profissionais.

A UBS Abel Delaudino dos Santos está localizada próximo a divisa com o município vizinho, que é a cidade de Sombrio e atende, além do bairro em que está situada, as linhas de campo do interior do município, onde residem a maioria das famílias que dedicam-se as atividades de agricultura familiar, pesca e apicultura. Esta unidade oferece atendimento médico, enfermagem, odontológico, fisioterapêutico, nutricionista, ginecológico e pediátrico. Esta unidade conta, com aproximadamente 15 profissionais.

O município, através das unidades presta os seguintes serviços: atendimento médico clínico, psiquiátrico, ginecológico, pediátrico, cardiológico, infectológico e consultas de pronto atendimento. Também presta atendimentos: psicologia, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e atendimentos de enfermagem, além dos atendimentos domiciliares que são prestados a pacientes acamados e/ou domiciliados, os quais englobam diversas das especialidades citadas acima.

4.3 PÚBLICO ALVO

O público alvo do produto foram os profissionais das três eSF que o município possui: Raulino Ramos, Abel Delaudino dos Santos e Erotides Fernandes Batista.

Os participantes do desenvolvimento desse produto técnico e tecnológico foram os profissionais que compõem as eSF, a saber: quatro médicos, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, três odontólogos, três auxiliares de consultório odontológico, vinte e um agentes comunitários de saúde, quatro fisioterapeutas, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, dois recepcionistas e três higienizadoras.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

4.4.1 Alicerce Teórico Metodológico para construção do produto

A sustentação teórica metodológica desse produto se ancora nos preceitos da problematização operacionalizada pelo Arco de Maguerez.

A operacionalização de Metodologias Ativas pode ser assumida de várias formas, uma delas é por meio da problematização. A problematização é uma metodologia de ensino, estudo ou de trabalho, e pode ser utilizada em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade e principalmente quando diretamente relacionado com a prestação de serviços à comunidade (PRADO, et al., 2012).

A proposta pedagógica da problematização tem como referência o Método do Arco de Charles Maguerez, que se estrutura em cinco momentos:

observação da realidade, pontos chaves, hipóteses de solução, teorização e aplicação à realidade (BORDENAVE, PEREIRA, 2006).

O quadro a seguir demonstra a relação dos passos do arco com o desenvolvimento do estudo.

Quadro 1 - Passos do Arco Charles Maguerez

Passos do arco	**Descrição**
Observação da realidade	Realizou-se um encontro de sensibilização com a equipe gestora para apresentação e alinhamento do projeto.
Pontos chaves	Através da primeira oficina formativa, abordou-se as quedas que acometem os idosos como questão de Saúde Coletiva.
Hipóteses de solução	Pesquisas em bases de dados para estruturação teórica que foi usada no processo formativo.
Teorização	Na segunda oficina formativa teve-se a capacitação das equipes a respeito da ocorrência das quedas, causas, locais que mais ocorrem, consequências e/ou complicações decorrentes e como evitá-las.
Aplicação à realidade	Na realização da terceira oficina formativa foi apresentado o material didático sobre prevenção e o Sepreq (Setor de Prevenção de Quedas), que serviu de referência para esclarecer a profissionais e familiares sobre o assunto.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Para atender a proposta operacional de construção do produto formativo foram realizados encontros na perspectiva metodológica de grupos focais (DALL'AGNOL et al., 2012), porém, com especificidades próprias chamados de oficinas formativas, as quais podem ser definidas como pequenos grupos de pessoas, reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas (CAPLAN, 1990).

Foram realizadas 3 oficinas formativas, em cada uma das três UBS, conforme roteiro (APENDICE A), que tiveram como base os preceitos ou etapas do método criativo sensível adaptado (SORATTO et al., 2014). As oficinas foram

realizadas em horário e dia previamente definido de modo que houvesse a participação da eSF, com tempo de 90 a 120 minutos cada, contendo em torno de 10 a 15 participantes. As oficinas foram mediadas por um facilitador que é o autor principal dessa proposta de produto.

4.4.2 Aspectos éticos

Os preceitos éticos foram respeitados para com os participantes desta pesquisa, conforme resoluções nº 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), tendo como parecer do Comitê de Ética em Pesquisa número 5.821.177.

Os participantes foram esclarecidos sobre a proposta de produto por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE B), e receberam uma segunda via do termo assinado pelo pesquisador.

A participação da estruturação do produto poderia causar riscos como, a quebra de sigilo de informações entre os participantes, constrangimento nas abordagens e dano emocional; os mesmos foram minimizados por meio de respeito a individualidades e maneiras alternativas que possibilitem conforto.

As oficinas foram gravadas por dispositivo de gravação de áudio e transcritas. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da inclusão de um código alfa numérico.

5 RESULTADOS

5.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE - SENSIBILIZAÇÃO PARA A PROPOSTA DE PRODUTO

O município de Balneário Gaivota apresenta um número bastante considerável de idosos, chegando em torno de 25,64% da população atual, segundo informações repassadas pela secretaria de saúde e retiradas do sistema de informações do município (CELK SAUDE, 2023). Aliado a isso, a autora deste trabalho atua como profissional de fisioterapia no referido município.

Ao longo de alguns anos se percebeu a ocorrência do aumento de quedas em idosos e deparou-se com baixíssimo conhecimento sobre as ocorrências, fatores de risco e complicações decorrentes das quedas. A partir dessa contextualização buscou-se a realização de um trabalho que pudesse qualificar os profissionais e, a partir disto ofertar benefícios a nossa população.

Diante do exposto, no mês de janeiro de 2023, após assinatura da Carta de Aceite (ANEXO A), realizou-se um encontro com a gestão, onde ocorreu a apresentação detalhada do projeto, e de alguns dados pertinentes relacionados a morbimortalidade decorrente das quedas.

Neste encontro, a equipe gestora mostrou grande interesse na realização deste trabalho e colocou à disposição os espaços existentes nas unidades para realização dos encontros. A gestora também realizou contato através de whatsapp com os responsáveis pelas eSF, a fim de comunicar que seriam procurados para agendamento dos encontros para realização deste trabalho. O encontro ocorreu na sala da Secretária de Saúde e teve duração aproximada de 40 minutos.

5.2 PONTOS-CHAVE - QUEDAS DE IDOSOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA

A primeira oficina formativa ocorreu na segunda quinzena do mês de janeiro de 2023 e foi realizada por ordem: Unidade Erotides Fernandes Batista, Unidade Raulino Ramos e Unidade Abel Delaudino dos Santos. Cada unidade dispõe de um espaço, que foi previamente organizado para receber os participantes.

Instalou-se data show para facilitar a visualização para todos, e foram realizadas em horários diferenciados conforme a disponibilidade das equipes.

Neste primeiro encontro com as equipes, apresentou-se a proposta e o objetivo do projeto, também foi um encontro para identificar percepções, sentimentos, atitudes e impressões a respeito das quedas dos idosos, bem como, introduzir a produção de conhecimento sobre a prevenção das mesmas.

Ocorreu, neste momento, a apresentação do TCLE (APENDICE B) e todos profissionais participantes assinaram o mesmo.

O objetivo instrucional neste encontro foi apresentação de dados epidemiológicos e sobre morbimortalidade, sendo que foram contemplados dados sobre a incidência das quedas por faixa etária; a incidência e os tipos de lesões decorrentes das mesmas: complicações tardias que podem ocorrer após a alta hospitalar e podem levar a morte do paciente. Também foram apresentados os fatores intrínsecos, extrínsecos e até os comportamentais, que resultam nas quedas.

Como os participantes trabalham juntos, foi dispensada apresentação pois todos estavam integrados e no momento que surgiam informações eles já colaboravam com suas experiências de forma voluntária e assim, as discussões foram surgindo e ampliando o escopo do conhecimento de todos de maneira espontânea, como materializado no trecho a seguir: “falar sobre o assunto parece muito comum e real, porém, ninguém para e analisa dados que mostram quão grande é a ocorrência das mesmas”.

Ao finalizar o momento instrucional foram apresentadas as questões disparadoras, para proporcionar uma discussão coletiva acerca das respostas que mostrarão a percepção dos participantes a respeito do assunto.

As perguntas balizadoras foram:

a) os idosos sofrem quedas que podem ser evitadas?

b) em que locais ocorrem essas quedas?

c) porque eles caem?

d) quais seriam as possibilidades de solução para reduzir as quedas sofridas por idosos?

Cada participante respondeu essas perguntas individualmente por meio de uma frase ou algumas palavras em um papel A4 disponibilizado e este momento durou em torno de 20-25 minutos.

No momento que todos redigiram sua percepção, começamos a discussão das respostas, onde os participantes foram convidados a compartilhar suas respostas de forma voluntária. Cada participante leu suas respostas e todos foram complementando e passando suas percepções. Este momento de discussão coletiva foi gravada, por dispositivo de áudio para posterior transcrição.

O fato das equipes serem multiprofissionais, tornou o encontro bastante positivo para construção coletiva, pois gerou diversificadas percepções e, consequentemente, resultados muito significativos.

O encontro teve uma duração de aproximadamente 1h30, sendo considerada muito produtiva pela autora deste estudo, pois oportunizou a geração de várias percepções a partir das perguntas disparadoras que oportunizaram a construção inicial de um material didático relacionado às quedas. O processo formativo demonstrou o interesse das equipes sobre o assunto, que também compartilharam suas experiências com o acontecimento de quedas com familiar e/ou pessoas próximas.

5.3 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO - REVISÃO PARA ESTRUTURAÇÃO DO PRODUTO

Depois da realização da primeira oficina formativa e das impressões registradas a partir das perguntas disparadoras, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Scielo, MEDLINE e LILACS e no banco de dissertações e teses da CAPES, utilizando os descritores: idoso, quedas, complicações, saúde do idoso. Foram selecionados artigos com assuntos relacionados a todos aspectos ligados às quedas e à saúde da pessoa idosa.

Essa revisão de literatura teve como objetivo contribuir para estruturação teórica utilizada no processo de formação, perpassando temáticas como: o processo do envelhecimento biológico, conceitos relacionados às quedas, fatores de risco, complicações e as consequentes limitações decorrentes delas.

5.4 TEORIZAÇÃO - CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Na segunda oficina formativa, foram apresentados dados sobre causas, locais que mais ocorrem e quais as consequências e/ou complicações decorrentes das quedas. Com relação ao risco para ocorrerem quedas discutiu-se a respeito dos fatores relacionados não só ao idoso, mas também ao ambiente em que ele vive.

Apresentou-se dados referentes às consequências das quedas, que podem ser temporárias ou contribuir diretamente para imobilidade permanente. Foi reforçada a tese de que um tropeço pode gerar pequenas lesões que podem ser tratadas com curativos, mas, algumas quedas geram entorse, fratura óssea, traumatismo craniano e lesões no Sistema Nervoso Central e/ou Periférico, em consequência da altura e das condições em que ocorreu o acidente. Existem situações que necessitam de internação hospitalar prolongada ou podem até causar a morte do paciente.

Nessa oficina foi destacado que as quedas e suas complicações podem trazer consequências físicas, funcionais e/ou psicossociais e podem afetar todo círculo familiar, lembrando também que o idoso que cai, pode passar a ter muito medo de cair novamente e acaba se privando de realizar atividades que realizava com medo de voltar a cair, entrando num ciclo vicioso que acomete todo círculo familiar.

Além da alta mortalidade, deve-se considerar outras consequências para a saúde e a qualidade de vida dos idosos como declínio da capacidade funcional, limitação na realização de atividade física, diminuição da mobilidade, receio de sofrer novas quedas, isolamento social, perda da autonomia e da independência para execução das atividades de vida diária. Essa situação pode ser responsável pela necessidade de institucionalização do idoso frágil (PERRACINI, 2005).

No segundo momento deste encontro foram apresentados os dados construídos coletivamente no primeiro encontro, onde foram discutidas formas de prevenir as quedas. Os dados foram apresentados para que os participantes avaliassem a redação do texto bem como, as figuras que ilustram o material.

Os participantes fizeram a discussão sobre os fatores que propiciam as quedas e diferenciaram como fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Como fatores intrínsecos: dores, doenças crônicas, falta de equilíbrio, diminuição da força muscular, perda de movimentos, diminuição da coordenação motora, perda dos sentidos, redução da mobilidade, déficit motor, restrição e/ou limitação motora, visão

diminuída, hipotensão, hipoglicemia, preparo físico diminuído, sequelas de doenças, falta de consciência a respeito das limitações decorrentes da idade e a não aceitação das limitações; problemas neurológicos, ossos fracos, uso inadequado de medicações, abuso de álcool, sedentarismo, desânimo e mal súbito.

Como fatores extrínsecos, citaram: ausência de estrutura correta; falta de autoconhecimento sobre suas limitações; realização de atividades que a idade já não permite; descaso e até abandono dos familiares; acessibilidade inadequada, móveis baixos, obstáculos (tapete, degrau, entre outros), sapatos e roupas inadequadas, baixa iluminação e realização de tarefas que oferecem risco, e sem acompanhamento.

Realizou-se a discussão acerca dos locais em que os idosos caem, e as respostas discutidas foram sobre ocorrência na residência e/ou na rua. Sendo em casa: piso molhado, e/ou escorregadio, banheiro, móveis baixos, iluminação insuficiente, escadas, tapetes, degraus e garagem; no pátio, com animais de estimação; a respeito dos fatos ocorridos na rua: iluminação pública insuficiente, mal planejamento urbano, acessibilidade inadequada, calçadas irregulares e/ou degraus.

No último momento de discussão coletiva abordou-se as formas de prevenção e os resultados que surgiram a partir da socialização de cada participante, foram:

a) Adaptar a residência: eliminar degraus e tapetes; instalar corrimão em escadas e barras de apoio; uso de pisos antiderrapantes; rampas de acesso a residência ao invés de escadas; retirada de obstáculos (tapetes, fios, entre outros), existência de familiar, acompanhante e/ou cuidador. (foto 3)

b) Orientações aos familiares sobre as limitações relacionadas ao envelhecimento; não usar banco para alcançar objetos no alto; uso de calçados firmes no pé; uso de cadeiras de banho; barras próximas a cama para auxiliar o idoso quando levantar; acolhimento familiar.

c) **Orientações ao idoso** e dos familiares (foto 2), a respeito das limitações decorrentes do envelhecimento; busca pelas unidades de saúde para controle de saúde e das doenças crônicas; revisão de medicamentos, com consultas preventivas nas unidades de saúde; visitação dos profissionais de saúde para acompanhar o histórico do idoso; práticas integrativas; atividade física; exercícios físicos para treino muscular, equilíbrio; atividades sociais integrativas (dança, caminhada, jogos e outros); acessibilidade adequada, calçadas niveladas e

sinalizadas; campanhas midiáticas para prevenção de quedas; realização dos grupos de hiperdia, fisioterapia em grupo; melhorar qualidade de vida.

Preparou-se para os participantes, a impressão de todas as frases sugestivas de prevenção que foram levantadas no primeiro encontro, também estavam a disposição figuras relacionadas às frases em questão.

Ficou disponível o material impresso, papel pardo, tesoura, cola e canetão para que o grupo pudesse desenvolver um layout que considerasse atrativo e de fácil entendimento a quem vá utilizar o mesmo.

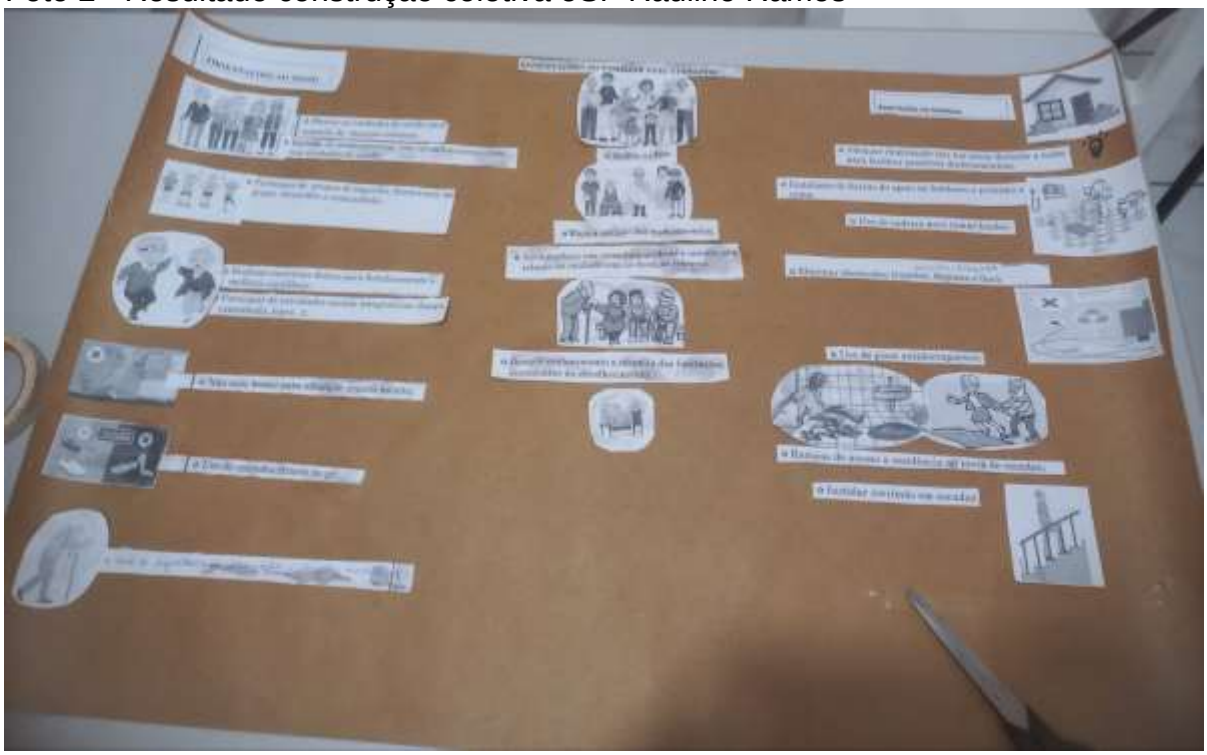
Os grupos se organizaram e produziram, de forma espontânea, um cartaz, no papel pardo com o layout e figuras que consideraram facilitar o entendimento do assunto.

Seguem imagens registradas no decorrer do trabalho:

Foto 1 - Realização do trabalho coletivo na eSF Raulino Ramos.

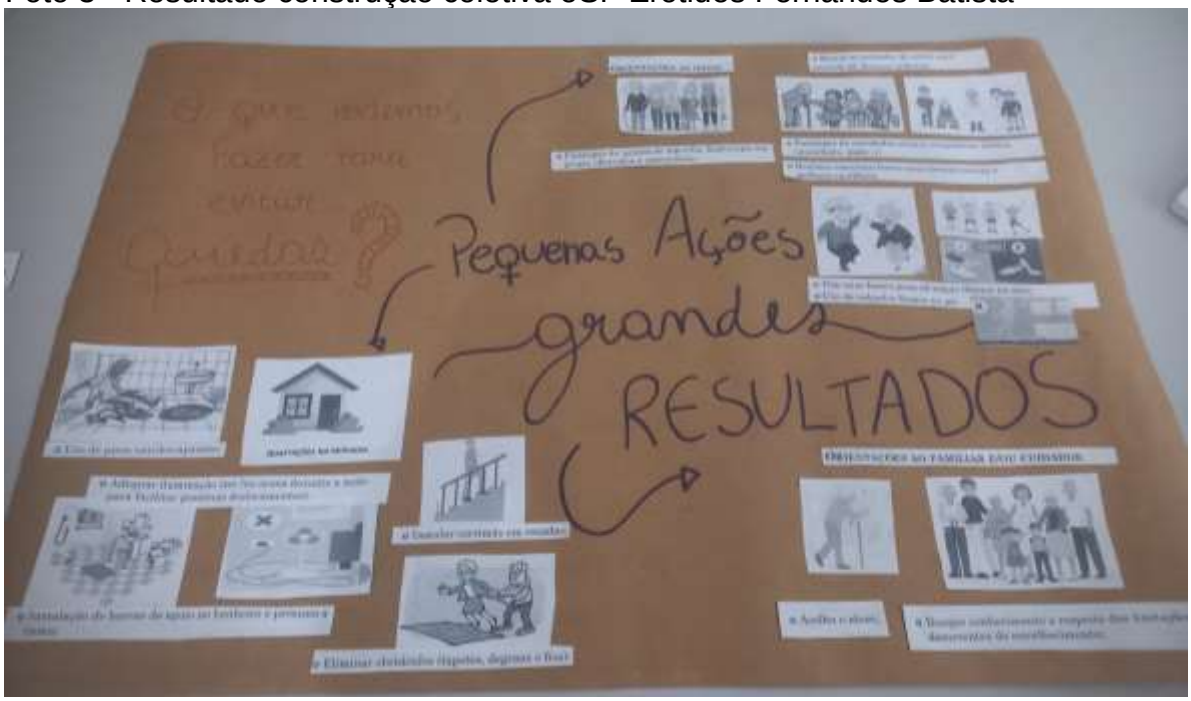
Fonte: dados da pesquisa (2023)

Foto 2 - Resultado construção coletiva eSF Raulino Ramos



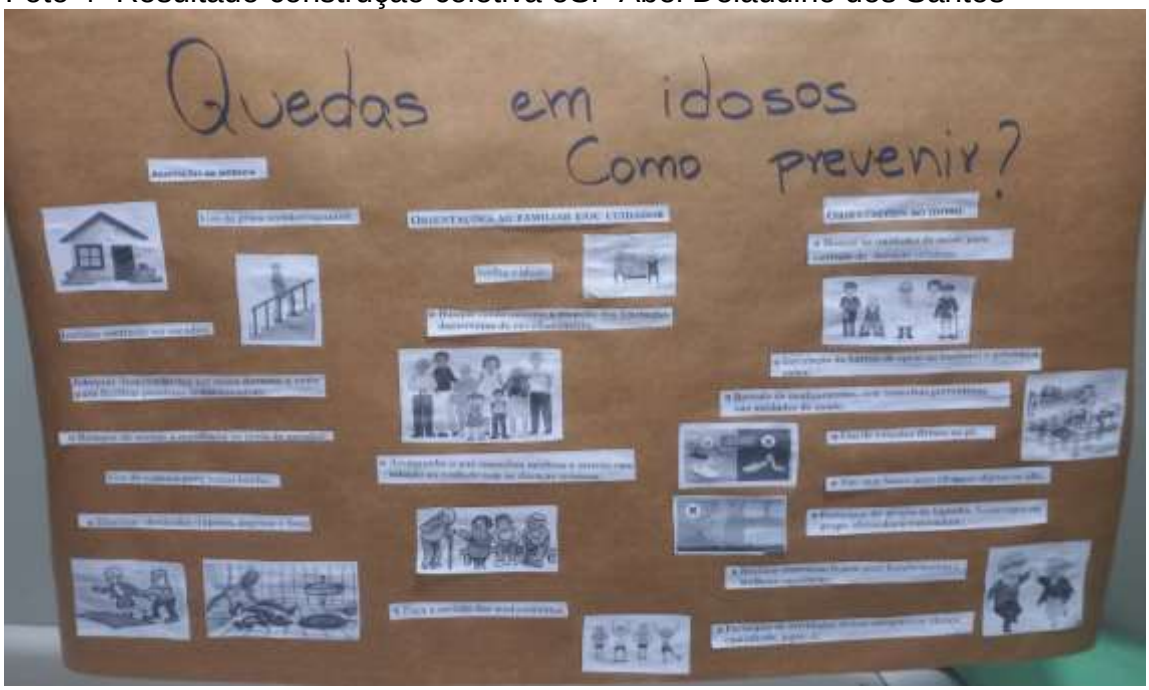
Fonte: dados da pesquisa (2023)

Foto 3 - Resultado construção coletiva eSF Erotides Fernandes Batista



Fonte: dados da pesquisa (2023)

Foto 4- Resultado construção coletiva eSF Abel Delaudino dos Santos

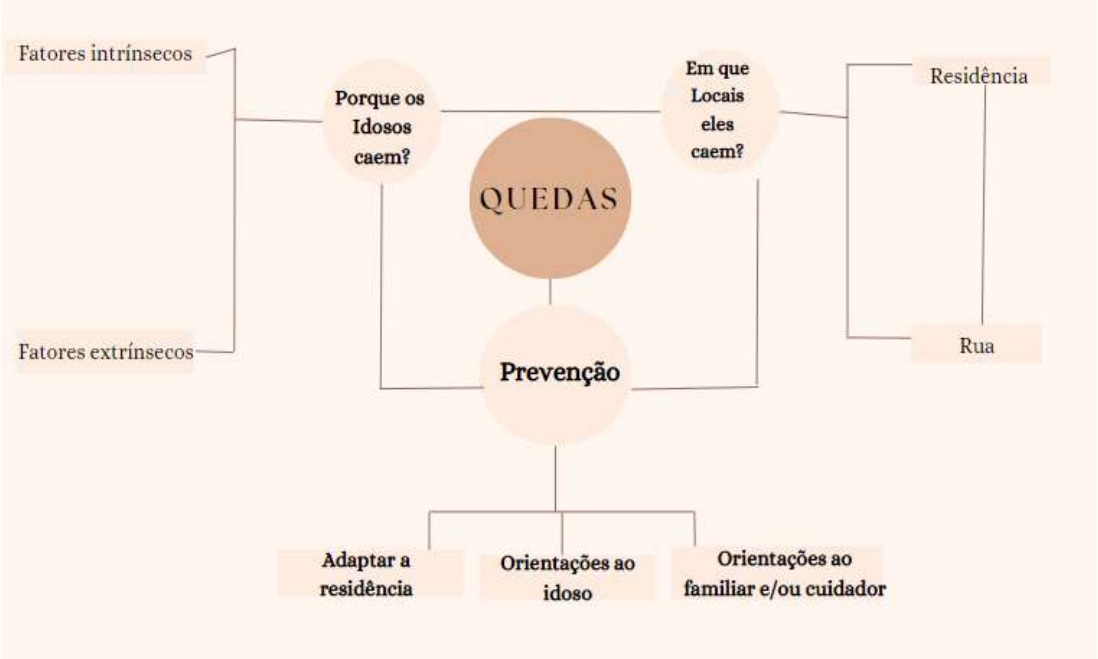


Fonte: dados da pesquisa (2023)

O encontro foi extremamente produtivo, pois atendeu o objetivo proposto para o mesmo e demonstrou um grande interesse por parte dos grupos em se aprofundarem a respeito do assunto e a contribuir para construção do material sobre prevenção.

A figura a seguir, ilustra a síntese das discussões coletivas produzidas.

Figura 1- Resultados das questões disparadoras sobre quedas.



Fonte: dados da pesquisa (2023)

Ao término do encontro foi pactuado a apresentação prévia deste produto em outro momento, para que seja avaliado em relação a redação e layout.

5.5 APLICAÇÃO A REALIDADE – ATUAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Esta etapa se dividiu em dois momentos: terceira oficina formativa e devolutiva, certificação de curso.

Aproximadamente duas semanas após o último encontro foi realizado a terceira oficina formativa contemplando temas relacionados às adaptações na moradia do idoso, já que a maioria dos acidentes ocorre dentro da residência, pelo fato dele permanecer mais tempo no local e ter a prontidão diminuída por ser um ambiente conhecido.

As adaptações no banheiro, uma vez que é o lugar onde mais ocorrem as quedas, foram abordadas pelos participantes, bem como, a importância de eliminar obstáculos existentes na residência como tapetes, fios, brinquedos que estejam pelo chão, entre outros. Também se debateu sobre o uso de corrimão em escadas, rampas de acesso à residência, uso de cadeira para tomar banho e sobre a iluminação da casa que deve ser adequada e principalmente, que se tenha luz acesa durante a noite para facilitar possíveis deslocamentos.

Discorreu-se sobre as orientações ao idoso para prevenir as quedas, como realização de atividade física, caminhadas, hidroginástica, pilates e musculação, sempre acompanhado por profissional da área. A participação do idoso em grupos integrativos para socializar e trocar experiências e vivenciar momentos prazerosos e descontraídos com pessoas da mesma faixa etária, também foi destacado. O uso de calçados adequados e o cuidado com doenças crônicas também foi tratado, bem como exames de acuidade visual. Esse eixo foi encerrado com orientações sobre o cuidado que o idoso deve ter com objetos de uso rotineiro ao alcance e que evite subir em bancos e/ou outros utensílios para alcançar objetos que estejam mais altos.

A abordagem sobre prevenção foi finalizada com as orientações aos familiares e/ou cuidadores que precisam ter entendimento a respeito das alterações que ocorrem no organismo idoso por conta do envelhecimento, alterações essas que são responsáveis pelas restrições que o idoso vai sofrendo com o passar dos anos.

A importância da família foi um ponto discutido entre os grupos, pois além do idoso necessitar de acompanhamento, a família tem papel fundamental no cuidado e nas orientações que são passadas ao idoso.

A prevenção deve fazer parte de nossa conduta diária, e implica em uma necessidade de reforçarmos a importância do problema em todo lugar do exercício da prática profissional.

O produto da construção das outras oficinas foi materializado em um esboço do material didático pela autora desse estudo. O mesmo foi avaliado pelos profissionais das três UBS referente a redação, imagens e layout do material que aprovaram, e reforçaram a importância deste para uso nas eSF.

Figura 2- Material didático voltado para prevenção de quedas (parte externa).

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 3- Material didático voltado para prevenção de quedas (parte interna).

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Os participantes relataram durante os encontros que não tinham noção dos dados referentes à ocorrência das quedas e suas consequências e, a partir dos encontros formativos essa ausência de informações se tornou evidente.

Destaca-se ainda que na última oficina formativa emergiu dos participantes no encontro realizado na eSF Abel Delaudino dos Santos, a necessidade de criação de um Serviço de Prevenção de Quedas (SEPREQ). Essa sugestão foi replicada nos encontros com os profissionais das outras UBS que ratificaram a proposta. O Serviço terá como base a Unidade Abel Delaudino dos Santos, no setor de fisioterapia, local aonde a pesquisadora principal deste trabalho exerce sua função. A intenção deste serviço é ser um local de referência para o município, oportunizando idosos, familiares e/ou quaisquer moradores possam ir buscar informações sobre envelhecimento, fatores de risco para as quedas, e/ou como evita-las.

Por fim, a autora desse estudo realizou mais uma visita as eSF para entrega do material instrucional que foi produzido, bem como entrega da declaração de participação (APENDICE C), que teve duração de 6 horas aula, aos integrantes da eSF que participaram do processo formativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa proposta formativa permitiu a qualificação de cinquenta e dois profissionais das eSF do município de Balneário Gaivota, Santa Catarina. Os encontros oportunizaram ampliar as temáticas, competências profissionais e condutas visando melhor assistência ao idoso, possibilitando ainda a integração entre os membros das eSF.

Os momentos de qualificação geraram a produção de um material instrucional, tipo folder que foi distribuído as eSF. Associado a isso, teve-se ainda a criação do SEPREQ, que será regulado pelas instâncias administrativas da prefeitura objetivando devida regulamentação.

O curso de formação se associa à **linha de pesquisa** por preconizar o processo educativo, e através da educação e conscientização exercer a Atenção Primária à Saúde. A educação fez-se com as equipes das eSF, para que os mesmos tenham embasamento ao promoverem a saúde do idoso no quesito de prevenção de quedas.

A formação foi de fácil **aplicabilidade** pelo fato dos profissionais serem da área da saúde e terem contato com os idosos que passam pelas UBS constantemente, o que torna o tema deste trabalho algo inserido na rotina de trabalho desses profissionais. O material didático resultante da construção coletiva será repassado pelas equipes de saúde, aos interessados. Este material ficou de fácil entendimento, pois foi utilizada uma linguagem clara e bastante ilustrativa, para facilitar o entendimento por parte da população.

Este trabalho apresenta o caráter **de inovação** por ser direcionado as eSF, cujos profissionais serão os multiplicadores das informações e também terão a função de Agentes de Prevenção de quedas que acometem os idosos. A criação do SEPREQ também caracteriza o aspecto inovador do trabalho, por ter sido criado exclusivamente para atender as necessidades do município.

O **impacto social** com esse processo de qualificação profissional por meio de uma formação em serviço das eSF, materializa-se na melhoria da qualidade de vida da população idosa, contribuindo para prevenção a quedas e consequentemente um envelhecimento mais saudável.

O desenvolvimento deste estudo permitiu pensar o processo de trabalho nas UBS com ênfase a população idosa, fortalecer as práticas colaborativas entre

profissionais, e construir coletivamente um processo formativo que potencializou as diversas competências da equipe com reflexo direto para os usuários com risco de quedas.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/40070/1837975. Acesso em: 08 jun. 2022.

ABREU, H. C. A *et al*. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Rev Saúde Pública**, n.49, p. 37, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910- rsp-S0034-89102015049005549.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

AGUIAR, C. F; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.12, n.3, p. 391-404, 2009.

ALSHAMMARI, S. A *et al*. Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. **J Family Community Med**, v.25, n.1, p.29-34, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29386959/. Acesso em: 12 mar 2022.

BEAUDART, C *et al*. Sarcopenia: burden and challenges for public health. **Arch Public Health**, v.72, n.1, p.45, 2014. Disponível em: https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-3258-72-45. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi. org/10.1186/2049-3258-72-45.

BERGMAN, R. N *et al*. A better index of body adiposity. **Obesity**, v.19, n.5, p.1083-9, 2011. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2011.38. Acesso em: 15 mai. 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/oby.2011.38.

BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de Ensino - Aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Sub chefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, v.128, n.182, 20 set. 1990, p.18055-18059.

BRASIL. **Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 5 jan.1994.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 dez. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/articulacao_federativa_de_servicos_sociais_no_brasil.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Área Técnica de Saúde do Idoso. **Cartilha do Idoso** - **Um Guia para se viver mais e melhor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica, n.19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde. **Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde**. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em http://www.datasus.gov.br [Acessado em 3 de abril de 2023] .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/. Acesso em: 20 abr. 2021.

BUKSMAN, S *et al*. Quedas em Idosos: prevenção. Projeto diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Transinf**, 2008. Disponível em: http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

BULL, F. C *et al*. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. **British Journal of Sports Medicine**, n.54, p.1451-1462, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33239350/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955.

BURNS, E. R; STEVENS, J. A; LEE, R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults-United States. **J Safety Res**, n.58, p.99-103, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27620939/. Acesso em: 10 jun. 2018. DOI: 10.1016/j.jsr.2016.05.001.

CAMPBELL ,A.J, BORRIE, M.J, SPEARS ,G.F. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. J **Gerontol**. 1989;44(4):M112-7.

CARVALHAES, N *et al*. Quedas Consenso de Gerontologia. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo, p.5-13, 1998.

CATTELANI, L *et al*. FRAT-up, a Web-based Fall-Risk Assessment Tool for Elderly People Living in the Community. **J Med Internet Res**, v.17, n.2, 2015. Disponível em: https://www.jmir.org/2015/2/e41. Acesso em: 14 abr 2022. DOI: 10.2196/jmir.4064.

CELK SAÚDE. Especialista em Tecnologias para Gestão de Saúde. **Relatório populacional por faixa etária**, 2023. Disponível em: https://balneariogaivota.celk.com.br/;jsessionid=7Ax_eOWRH-bS8X0KJWWbevxn9ZrGBlfnt_UByDkU.i-0fc988560ea392ecf?0. Acesso em: 20 maio 2023.

CIOSAK, S. I *et al*. Senescência e Senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm**. USP,v.45, n.2, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9VCqQLGF9kHwsVTLk4FdDRt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022.

COUTO, F. B; PERRACINI, M. R. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., v.15, n.4, p.693-706, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/GhYJMFwG8LhkFjs9K4LKYdf/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400010.

DALL'AGNOL, C. M *et al*. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev. Gaúcha de Enfer**, v.33, n.1, p.186-190, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/h8mvjzKnDkCT7HWS6PG9MKG/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100024.

DEL DUCA, G. F *et al*. Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, p.147-53, 2012. PMID: 22249756. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/spfGNXdSDTVyWxB4N8vcCbG/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000100018.

DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

DUARTE, G. P *et al.* Relationship of falls among the elderly and frailty componentes. **Rev Bras Epidemiol**, v.21 (suppl 2), e180017, 2018. Disponível em:https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Vd9NzKzB37kjJwwyTWtqS4B/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1590/1980-549720180017.supl.2.

FABRÍCIO, S. C. C; RODRIGUES, R. A. P; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.93-9, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/sHxR7CbcsVqpXvQsrfnWPtJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013.

FREEDMAN, A; NICOLLE, J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. **Can Fam Physician**, v.66, n.3, p.176-182, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165464/. Acesso em: 10 jun. 2022.

GASPAROTTO, L. P. R; SANTOS, J. F. F. Q. A importância da análise dos gêneros para fisioterapeutas: enfoque nas quedas entre idosos. **Fisioter Movime PUC-PR**, v.25, n.4, p.701-707, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fm/a/NyhPg94NZLHmXNYS5sRZk8z/#:~:text=G%C3%AAnero%2C%20ao%20contr%C3%A1rio%20de%20sexo,a%20necessidade%20de%20condutas%20preventivas. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000400002.

GIOVANELLA, L *et al*. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1763-1776, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018.

GUIMARÃES, L. H *et al*. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev. Neurc**, v.12, n.2, p.68-72, 2004. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8872. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.34024/rnc.2004.v12.8872.

HARA, T; SHIMADA, T. Effect of exercise on the improvement of the physical functions of the elderly. **J Phys Ther Sci**, v.19, n.1, p.15-26, 2007. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/239489130_Effects_of_Exercise on_the_Improvement_of_the_Physical_Functions_of_the_Elderly. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI:10.1589/jpts.19.15.

HAUSER, E *et al*. Motivos de desistência em um programa de atividades física para idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.17, n.2, p.43-56, 2014.Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21256/15539. Acesso em: 10 jun. 2022.

HIRANO, E. S; FRAGA, G. P; MANTOVANI, M. Trauma no idoso. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.40, n.3, p.352-7, 2007.

HUGHES, D. C *et al.* Genetics of muscle strength and power: Polygenic profile similarity limits skeletal muscle performance. **J Sports Sci**, v.29, n.13, p.1425-34, 2011. PMID: 21867446. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02640414.2011.597773. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1080/02640414.2011.597773.

JAMES, M.K ; VICTOR, M.C; SAGHIR, S.M, GENTILE, P.A**. Characterization of fall patients**: does age matter? J Safety Res. 2018;64:83-92. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2017.12.010

KIM, Taekyoung; CHOI, Sang D; XIONG, Shuping. **Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly**. PLOS ONE, v.15, n.6, e0234787, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559206/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0234787.

KÖNIG, N *et al.* Identification of functional parameters for the classification of older female fallers and prediction of “first-time” fallers. **J R Soc Interface**, v.11, n.97, p.20140353, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24898021/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1098/rsif.2014.0353.

KHOW, K.S.; VISVANATHAN, R. **Falls in the aging population**. Clin Geriatr Med. 2017;33(3):357-68. https://10.1016/j.cger.2017.03.002

LACH, H. W; NOIMONTREE, W. Fall prevention among community-dwelling older adults: current guidelines and older adult responses. **J Gerontol Nurs**, v.44, n.9, p.21-9, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30148529/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.3928/00989134-20180808-06.

LEE, L; HECKMAN, G; MOLNAR, F. J. Frailty: identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. **Can Family Phys**, v.61, n.3, p.227-31, 2015. Disponível em: https://bit.ly/3F2LSPg. Acesso em: 30 set. 2022.

LEE, S. Y; GALLAGHER, D. Assessment methods in human body composition. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**, v.11, n.5, p.566-72, 2008. Disponível em: https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Abstract/2008/09000/Assessment_methods_in_human_body_composition.3.aspx. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32830b5f23.

MASCARENHAS, MDM; BARROS, MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiol Serv Saude**. 2015;24(1):19-29. https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100003

MELZER, I; BENJUYA, N; KAPLANSKI, J. Postural stability in the elderly: a comparison between fallers and non-fallers. **Age Ageing**, v.33, n.6, p.602-7, 2004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15501837/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1093/ageing/afh218.

MENDES, M. R. S. S *et al*. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enfermagem**, v.18, n.4, p.422-6, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/9BQLWt5B3WVTvKTp3X8QcqJ. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011.

MIAKE-LYE, I. M *et al*. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy. **Ann Intern Med**, v.158, n.5Pt 2, p.390-6, 2013. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.

MIHALJCIC, T *et al*. Investigating the relationship between reduced self-awareness of falls risk, rehabilitation engagement and falls in older adults. **Arch Gerontol Geriatr**, v.69, p.38-44, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27886565/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1016/j.archger.2016.11.003.

MIKOLAIZAK, A. S *et al*. Adherence to a multifactorial fall prevention program following paramedic care: Predictors and impact on falls and health service use: results from an RCT a priori subgroup analysis. **Australas J Ageing**, v.37, n.1, p.54-61, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12465. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/ajag.12465.

MOREIRA, N. B *et al*. Does functional capacity, fall risk awareness and physical activity level predict falls in older adults in different age groups? **Arch Gerontol Geriatr**, v.77, p.57-63, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673964/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1016/j.archger.2018.04.002.

MORSCH, P; MYSKIW, M; MYSKIW, J. C. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3565-3574, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TxrVpZCxcByDxgGYKs3tXkp/?lang=pt. Acesso em: 04 jul. 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016.

NASCIMENTO, J. S; PAIVA, M. M; TAVARES, D. M. S. Avaliação das características das quedas entre idosos comunitários. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v.6, n.1, p.95-106, 2017. Disponível em: http://www.saude.rj.gov/br/apav/idosos.shtml. Acesso:15 jun. 2022.

NOGUEIRA, A *et al*. Risco de queda nos idosos: educação em saúde para melhoria da qualidade de vida. **Rev Praxis**, v.4, n.8, p.77-82, 2013. Disponível em: https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/582. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.25119/praxis-4-8-582.

PAIXÃO, J; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.624-34.

PARK, S. H. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clin Exp Res**, v.30, n.1, p.1-16., 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374345/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1007/s40520-017-0749-0.

PEETERS, G. M *et al*. Long-term consequences of noninjurious and injurious falls on well-being in older women. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.70, n.12, p.1519-1525, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273020/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: 10.1093/gerona/glv102.

PEREIRA, S. R. M *et al.* **Quedas em idosos**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001. Disponível em: http://www.sbgg.org.br/profissionais/index.php?diretrizes. Acesso em: 27 jun. 2012.

PERRACINI, M. R; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Publica**, v.36, n.6, p.709-716, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/4XkJTrXtXdLTmbMD6NF8s6n/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR coordenação. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole, 2005, p.193-208.

PIMENTEL, WRT; PAGOTTO V; STOPA, SR; HOFFMANN, MCCL; ANDRADE, FB; SOUZA JUNIOR, PRB, et al. Falls among Brazilian older adults living in urban areas: ELSI-Brazil. **Rev Saude Publica**. 2018;52 Supl 2:12s. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000635

PINHO, L *et al*. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e tornozelo em idosos que sofrem quedas. **Rev Bras de Fisioter**, v.9, n.1, p.93-9, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/166747/mod_resource/content/1/Artigo%20Cient%C3%ADfico%20Recomendado%20para%20o%20Caso%20Cl%C3%ADnico%20de%20Joelho%202.pdf#:~:text=Conclus%C3%B5es%3A%20Idosos%20que%20j%C3%A1%20ca%C3%ADram,a%20fun%C3%A7%C3%A3o%20muscular%20do%20quadril. Acesso em: 10 jun. 2022.

PRADO, M. L *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p.172-177. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023.

SCHWENK, M; LAUENROTH, A; STOCK, C; MORENO, RR; OSTER, P; MCHUGH, G, et al. **Definitions and methods** of measuring and reporting on injurious falls in randomised controlled fall prevention trials: a systematic review. BMC Med Res Methodol. 2012;12;50. https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-50.

SHERRINGTON, C *et al*. Evidence on physical activity and falls prevention for people aged 65+ years: systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v.17, n.1, p.144. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33239019/. Acesso em: 14 mai. 2022. DOI: 10.1186/s12966-020-01041-3.

SILVA, J. M. N *et al*. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatria Gerontologia**, v.16, n.2, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/CjLdxb9j6L9kgn3rPWb7jkD/?lang=pt#:~:text=Para%20os%20idosos%2C%20as%20quedas,passa%20a%20necessitar%20de%20institucionaliza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 14 mai. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200013.

SILVEIRA, M. B *et al.* Construction and validation of contente of one instrument to assess falls in the elderly. **Einstein (São Paulo)**, v.16, n.2, eAO4154, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/DRpdKp8YQkRhJ3swQNnXrVh/?lang=en. Acesso em: 15 mai. 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4154.

SMITH, A. A *et al*. Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Rev Latino-Am Enfermagem**, n.25, e2754, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/GmfRmKVttY9NyPwhGfKDwqx/?lang=en. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754.

SORATTO J *et al.* A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.67, n.6, p. 994-999, 2014. Disponível em:https://www.scielo.br/j/reben/a/ns3SPDgvq4WCzkfg5rRVZBB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670619.

SOUZA, A. M. G *et al*. Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários. **Rev Ciênc Plur**, v.3, n.2, p.42-52, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12705. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI:http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n2ID12705.

SOUZA, L. F *et al*. Factors associated with risk, perception and knowledge of falls in elderly people. **Revista Gaúcha De Enfermagem 43**, e20200335, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XnMwKfZZMxGs9TgJYGdDNCH/?lang=en. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200335.

SWANSON, R; ROBINSON, K. M. Geriatric rehabilitation: gait in the elderly, fall prevention and Parkinson disease. **Med Clin North Am**, v.104, n.2, p.327-43, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035572/. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI: 10.1016/j.mcna.2019.10.012.

TASCA, R *et al*. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.44, e4, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4.

THIEM U, *et al.* Falls and EQ-5D rated quality of life in community-dwelling seniors with concurrent chronic diseases: A cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v.12, n.1, p.1-7, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24400663/. Acesso em: 16 jun. 2022. DOI: 10.1186/1477-7525-12-2.

TIEDEMANN, A; STURNIEKS, DL; KEAY, L. Falls. In: Quah SR, editor. International Encyclopedia of Public Health. 2. ed. Waltham, MA: Academic Press, Elsevier; 2017. p. 84-91.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables. New York: UN DESA; 2017 [citado 15 mai 2019]. (Working Paper N° ESA/P/WP/248. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WPP2017_KeyFindings.pdf

VAFAEI, A *et al*. Neighbourhood social and built environment factors and falls in community-dwelling canadian older adults: a validation study and exploration of structural confounding. **SSM Popul Health**, v.2, p.468-75, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29349162/. Acesso em: 16 jun. 2022. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.06.003.

VALIM-ROGATTO, P. C; CANDOLO, C; BRÊTAS, A. C. P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.14, n.3, p.521-33, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/NrbzPJpwQxzcfLFZw5qjsrf/?lang=pt. Acesso em: 16 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000300012.

XU, H. Q *et al*. Sarcopenia-related features and factors associated with low muscle mass, weak muscle strength, and reduced function in Chinese rural residents: a crosssectional study. **Arch Osteoporos**, v.14, n.1, p.2, 2018. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11657-018-0545-2. Acesso em: 16 jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s11657-018-0545-2.

ZEN, D *et al*. Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.39, e62502, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MFSZz56X8fDYQXDT4YhzTjQ/?lang=pt#. Acesso em: 5 jun. 2022.

APÊNDICE A – ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

. PRIMEIRA OFICINA FORMATIVA: IDENTIFICAÇÃO

. Introdução;

. Desenvolvimento
- questões disparadoras;
- socialização das respostas.

. Conclusão

. SEGUNDA OFICINA FORMATIVA: PALESTRA

. Introdução;

. Desenvolvimento
- síntese das questões disparadoras;
- exposição dialogada.

. Conclusão

. TERCEIRA OFICINA FORMATIVA: PALESTRA + AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE GUIA

. Introdução;

. Desenvolvimento
- exposição dialogada;
- apresentação da proposta do produto.

. Conclusão

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMILIA SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS.

Objetivos: Desenvolver um curso de qualificação profissional sobre prevenção de quedas que acometem idosos, para profissionais das eSF de Balneário Gaivota, Santa Catarina.

Período para elaboração do produto: janeiro a maio de 2023.

Local da realização das oficinas: Os nomes das UBS são ESF Raulino Ramos, ESF Abel Delaudino dos Santos, ESF Erotides Fernandes Batista.

Pesquisador/Orientador: Jacks Soratto Telefone: 48 99347881

Pesquisador/Acadêmico: Daniela Panato Telefone: 48 999756255 .Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC.

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Entrevista coletiva utilizando aparelho para gravação de áudio e registros de imagens por aparelho celular.

RISCOS

A participação na pesquisa poderá causar riscos mínimos, vinculado as questões emocionais ou desconforto na participação das oficinas; os mesmos serão minimizados por meio de respeito a individualidades e maneiras alternativas que possibilitem conforto, interrupção da oficina e se necessário, encaminhamento ao serviço de apoio psicológico do município. Quanto aos áudios gravados, os mesmos serão transcritos e imediatamente excluídos, na transcrição será introduzido um código alfa numérico para garantia do anonimato.

BENEFÍCIOS

Este estudo busca qualificar profissionais das eSF do município sobre prevenção de quedas em idosos, para que sejam multiplicadores das informações e possam atuar como agentes de prevenção.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Daniela Panato pelo telefone (48) 999756255 e/ou pelo e-mail danipanato@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC: Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	**Pesquisador(a) Responsável**
_____ **Assinatura** **Nome:** _____ **CPF: _____._____._____ - ____**	_____ **Assinatura** **Nome:** _____ **CPF: _____._____._____ - ____**

Criciúma (SC), XX de XXXXXXXXX de 20XX.

APENDICE C –DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins que _____, participou do minicurso intitulado: **PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS**, com carga horaria de 6 horas aula. A atividade formativa foi ofertada pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) em Parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Gaivota/SC.

Criciúma, 20 de Junho de 2023.

Profa. Dra. Lisiane Tuon
Coordenador do PPGSCol

Onice Maria Almeida Medeiros de Lacerda
Secretária Municipal de Saúde

Daniela Panato
Responsável pela execução do minicurso

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

Estado de Santa Catarina

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO GAIVOTA

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar servidores das Equipes de Saúde da Instituição Prefeitura Municipal de Balneário Gaivota, localizada na Avenida Guanabara, 452 – Balneário Gaivota, SC, CEP: 88955-000, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "**GUIA DIDATICO E INSTRUCIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS DO MUNICIPIO DE BALNEARIO GAIVOTA, SC** " sob a responsabilidade do professor responsável Jacks Soratto pesquisadora Daniela Panato, do Curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Onice Maria Almeida Medeiros de Lacerda
Secretária de Saúde

Av. Guanabara, 452 - Bloco C - Turimar - Fones (48) 3583-1408 / 3583-1443
Website: balneariogaivota.sc.gov.br - E-mail: pmbg@contato.net - CEP 88955-000 - Balneário Gaivota - SC

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DE SERES HUMANOS

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 5.821.177 **CAAE:** 65830722.4.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Jacks Soratto

Pesquisador(a): DANIELA PANATO

Título: GUIA DIDATICO E INSTRUCIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS DO MUNICIPIO DE BALNEARIO GAIVOTA, SC.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 16 de dezembro de 2022

Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | ww.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.