

REGISTRO/HISTÓRICO DE QUEDAS E INTERNAÇÕES EM MULHERES IDOSAS ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Raquel Ferreira Goncalves

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - UnB, Brasília/DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9362-4562>
raqllix@gmail.com

Keila Cristianne Trindade da Cruz

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - UnB, Brasília/DF, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8146-8323>
keilactc@gmail.com

RESUMO: OBJETIVO: O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de sociodemográficos e de saúde de idosas que sofreram quedas e internações atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por idosas moradoras na área de abrangência de duas UBS da Região de Saúde de Ceilândia, localizada em Brasília, Distrito Federal. Foram incluídas, mulheres, com idade igual ou maior que 60 anos e que moravam na área de abrangência das UBS, com capacidade para responder às questões. A amostra foi composta por 66 idosas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, entre os meses de setembro e novembro de 2019. Foram colhidas informações sobre dados sociodemográficos, de saúde e sobre a funcionalidade dessas idosas por meio da avaliação das Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária. **RESULTADOS:** Das 66 idosas entrevistadas, a maioria apresentava idade entre 60 e 69 anos, cor parda, eram viúvas e estudaram mais de cinco anos. Eram aposentadas, possuíam renda individual entre um e dois salários mínimos proveniente de aposentadoria. Identificou-se que 68,2% delas caíram duas vezes e 31,8% somente uma vez, no último ano. Quanto à internação, a maioria delas não responderam às questões. O estudo mostrou que grande parte das idosas relataram ter uma saúde boa ou muito boa, a maioria procura a atenção básica em geral para cuidar da saúde. Possuíam dependência parcial nas atividades instrumentais da vida diária e eram ativas considerando as atividades de vida diária avançadas e eram independentes para as atividades básicas de vida diária. Não consumiam bebidas alcoólicas e não fumavam. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Obter dados sobre quedas e internações na população idosa é importante para a detecção de fatores de riscos e o planejamento de medidas preventivas na Atenção Básica de Saúde. Ademais, as quedas possuem diferentes etiologias, o que envolve fatores intrínsecos relacionados ao envelhecimento, fatores extrínsecos que relacionam-se aos riscos ambientais, tendo como exemplo, caminhar sobre superfície escorregadia ou em locais com iluminação inadequada e os fatores situacionais. O estudo identificou que seria relevante enfatizar a importância nas UBS dos registros de cada pessoa idosa na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de forma a compartilhar informações com o idoso e seus familiares, bem como com os diferentes profissionais da área da saúde, o que facilitaria o acesso a essas informações quando necessário.

PALAVRAS-CHAVE: Brasil; Brasília; Envelhecimento; Gerontologia; Idosos; Internações; Quedas; Saúde pública.

RECORD/HISTORY OF FALLS AND HOSPITALIZATIONS IN ELDERLY WOMEN TREATED AT BASIC HEALTH UNITS IN THE FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study was to characterize the sociodemographic and health profile of elderly women who had suffered falls and were hospitalized in Basic Health Units (UBS) in the Federal District. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study population consisted of elderly women living in the catchment area of two UBS in the Ceilândia Health Region, located in Brasília, Federal District. The sample included women aged 60 or over who lived in the area covered by the UBS and were able to answer the questions. The sample consisted of 66 elderly women. Data was collected by interview between September and November 2019. Information was collected on sociodemographic and health data and on the functionality of these elderly women through the assessment of Basic and Instrumental Activities of Daily Living. **RESULTS:** Of the 66 elderly women interviewed, most were aged between 60 and 69, brown, widowed and had studied for more than five years. They were retired and had an individual income of between one and two minimum wages from retirement. It was found that 68.2% of them had fallen twice and 31.8% only once in the last year. As for hospitalization, most of them did not answer the questions. The study showed that most of the elderly women reported good or very good health, and that most of them sought primary care in general to look after their health. They were partially dependent on instrumental activities of daily living and were active in advanced activities of daily living and independent in basic activities of daily living. They did not drink alcohol and did not smoke. **DISCUSSION/CONCLUSION:** Obtaining data on falls and hospitalizations in the elderly population is important for detecting risk factors and planning preventive measures in Primary Health Care. In addition, falls have different etiologies, involving intrinsic factors related to aging, extrinsic factors related to environmental risks, such as walking on a slippery surface or in places with inadequate lighting, and situational factors. The study identified that it would be important to emphasize the importance of each elderly person's record in the Elderly Person's Health Booklet, in order to share information with the elderly person and their family members, as well as with the different health professionals, which would facilitate access to this information when necessary.

PALAVRAS-CHAVE: Aging; Brasília; Brazil; Elderly; Falls; Gerontology; Hospitalizations; Public health.

REGISTRO/HISTORIAL DE CAÍDAS Y HOSPITALIZACIONES EN ANCIANAS ATENDIDAS EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil sociodemográfico y de salud de mujeres ancianas que sufrieron caídas y fueron hospitalizadas en Unidades Básicas de Salud (UBS) del Distrito Federal. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. La población de estudio estuvo constituida por ancianas residentes en el área de influencia de dos UBS de la Región de Salud de Ceilândia, localizada en Brasília, Distrito Federal. Se incluyeron mujeres de 60 años o más que vivían en el área de cobertura de las UBS y estaban en condiciones de responder a las preguntas. La muestra fue de 66 ancianas. Los datos fueron recogidos por entrevista entre septiembre y noviembre de 2019. Se recogió información sobre datos sociodemográficos y de salud y sobre la funcionalidad de estas mujeres mayores a través de la valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. **RESULTADOS:** De las 66 mujeres mayores entrevistadas, la mayoría tenían entre 60 y 69 años, eran castañas, viudas y llevaban más de cinco años estudiando. Estaban jubiladas y disponían de unos ingresos

individuales de entre uno y dos salarios mínimos procedentes de su pensión. Se constató que el 68,2% de ellas se había caído dos veces y el 31,8% sólo una vez en el último año. En cuanto a la hospitalización, la mayoría no respondió a las preguntas. El estudio demostró que la mayoría de las ancianas declaraban tener buena o muy buena salud, y que la mayoría acudía a la atención primaria en general para cuidar de su salud. Eran parcialmente dependientes en las actividades instrumentales de la vida diaria y eran activas en las actividades avanzadas de la vida diaria e independientes en las actividades básicas de la vida diaria. No bebían alcohol y no fumaban. **DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:** La obtención de datos sobre caídas y hospitalizaciones en la población anciana es importante para detectar factores de riesgo y planificar medidas preventivas en Atención Primaria. Además, las caídas tienen diferentes etiologías, en las que intervienen factores intrínsecos relacionados con el envejecimiento, factores extrínsecos relacionados con riesgos ambientales, como caminar sobre superficies resbaladizas o en lugares con iluminación inadecuada, y factores situacionales. El estudio identificó que sería importante enfatizar la importancia del registro de cada anciano en la Libreta de Salud del Anciano en la UBS para compartir información con el anciano y sus familiares, así como con los diferentes profesionales de la salud, lo que facilitaría el acceso a esta información cuando fuera necesario.

PALABRAS CLAVE: Ancianos; Brasil; Brasília; Caídas; Envejecimiento; Gerontología; Hospitalizaciones; Salud pública.

Artigo submetido ao sistema de similaridade

Submetido em: 16/11/2022 – Aprovado em: 25/02/2023 – Publicado em: 30/04/2023

*Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), envelhecer é um processo contínuo, individual, acumulativo, que não pode ser revertido, universal, não patológico (BRASIL, 2006). Contudo, diversas alterações podem resultar na senilidade, conhecido como o processo patológico de envelhecimento. Dentre os fatores modificantes estão as alterações resultantes de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, Acidente Vascular Encefálico (AVE), diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais e diminuição da visão (MALTA, MORAIS NETO e SILVA JUNIOR, 2011), interferências ambientais e de medicamentos. Estas alterações fisiológicas decorrentes da senescência - envelhecimento natural - e da senilidade aumentam a incidência de quedas (SOUZA. *et al*, 2020).

Com base em Maia, Bruna Carla *et al.* (2011), a queda pode ser definida como um evento involuntário que tem como consequência a mudança de posição do sujeito para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. As quedas em idosos possuem muita relevância, pois pode desencadear consequências físicas, psicológicas e sociais, tendo como exemplo: fraturas e lesões decorrentes das quedas, ferimentos, ansiedade, depressão, “medo de cair”, incapacidade, injúria, morte. Seu custo é enorme e se torna maior quando o idoso tem diminuição das suas atividades de vida diária ou passa a ter necessidade de institucionalização. (MAIA *et al*, 2011).

A queda possui fatores multifatoriais, intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos referem-se a alterações fisiológicas inerentes à senescência, distúrbios sensoriais e cognitivos, disfunções neuromusculares e doenças, que afetam o equilíbrio e a marcha. Os fatores extrínsecos, estão relacionados aos riscos do ambiente, tais como: superfícies irregulares, tapetes, degrau elevado ou estreito. (VICENTINI DE OLIVEIRA, Daniel. *et al*, 2021)

Outra condição consequente de DCNTs descompensadas, de interferências ambientais e comportamentais, são as hospitalizações em idosos. A internação hospitalar faz parte da rede de atenção à saúde terciária ou de alta complexidade, é um recurso importante na atenção aos idosos. Contudo, as hospitalizações repetidas e prolongadas, podem acarretar em resultados negativos à saúde dos idosos, como diminuição do bem-estar, da capacidade funcional e do crescimento da fragilidade, assim como a elevação de riscos para quedas, desse modo, deve ser indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde (NUNES, Bruno Pereira. *et al*, 2017).

A abordagem do idoso na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivo manter a pessoa idosa ativa na comunidade, por meio da prevenção, tratamento e reabilitação, e pela busca ativa dos riscos à saúde. A prevenção da hospitalização na população idosa deve ser realizada em todos os níveis de atenção à saúde, porém, é na atenção primária que isso se torna eficiente, por ser a principal porta de entrada no

Sistema único de Saúde e por fazer o acompanhamento duradouro da pessoa idosa. (OLIVEIRA, FMRL. *et al*, 2018).

Diante do exposto, percebe-se que é necessário nas UBS avaliações para estabelecer o foco da intervenção geriátrica e gerontológica. É fundamental o esclarecimento dos fatores de risco para quedas e hospitalizações contínuas, com a finalidade de promover a educação em saúde e prevenir incapacidades funcionais advindas de quedas e hospitalizações. Desse modo, é possível prestar uma assistência à pessoa idosa, estabelecendo plano de cuidados, ações de prevenção e promoção da saúde, considerando suas especificidades. Assim, o presente estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: qual o perfil de mulheres idosas atendidas na Atenção Primária em Saúde (APS) do DF em relação a quedas e internações?

O presente estudo tem como objetivo geral: Caracterizar o perfil de sociodemográficos e de saúde de idosas que sofreram quedas e internações atendidas em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, a ser realizado em duas Unidades Básicas de Saúde, na Região Administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal, considerando as projeções de situação de saúde do Distrito Federal, obtidas pela Gerência de Informação e Análise de Situação de Saúde da DIVEP/SVS/SES/GDF.

A população do estudo foi composta por idosas moradoras na área de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região de Saúde de Ceilândia localizadas na Superintendência Oeste em Brasília-DF. Ceilândia foi considerada a maior Região Administrativa do Distrito Federal, com população estimada de 489.351 habitantes no ano de 2015, dos quais 16,9% eram idosos (CODEPLAN, 2017).

Como critério de inclusão: ser do sexo feminino, ter idade igual ou maior que 60 anos, morar na área de abrangência das UBS e que tenha capacidade de responder às questões.

O tamanho amostral foi constituído por uma amostra de conveniência de 66 idosas. Foram entrevistadas por meio de convite em sala de espera das UBS, como também em equipamentos sociais dos territórios de ambas as unidades.

A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2019, por equipe devidamente treinada quanto aos procedimentos de coleta e aspectos éticos. Foram realizadas entrevistas, em locais disponíveis na UBS, garantindo a privacidade da idosa.

No presente estudo serão abordadas informações o perfil sociodemográficos (renda individual, renda familiar, números de pessoas que dependem dessa renda, quem administra o dinheiro dessa idosa, recursos financeiros, atividade profissional exercida, por qual razão se aposentou, situação econômica, tipo de moradia, se há um cuidador para auxiliar no dia a

dia, se tem vida sexual ativa, orientação sexual e identidade de gênero), condições de saúde (autoavaliação de saúde, se possui doenças crônicas ou outras morbidades, uso de medicamentos) de mulheres idosas que sofreram quedas e/ou internações atendidas na Atenção Primária em Saúde (APS) do DF.

Por se tratar de uma pesquisa em banco de dados, não haverá riscos direto aos entrevistados. Todas as medidas protetivas relacionadas ao anonimato das entrevistadas serão adotadas.

Os dados serão incluídos numa planilha eletrônica do programa Excel da suíte Microsoft. Para a análise dos dados será utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). O nível de significância atribuído será de 5%, ou seja, $p < 0,05$. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e foi aprovado (Parecer: 3.353.086).

3 RESULTADOS

As tabelas foram elaboradas a partir dos dados respondidos por sessenta e seis, (N=66), idosas usuárias da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal. As variáveis sociodemográficas dessas pacientes estão apresentados na Tabela 1.

Com relação à idade, 37 (56,1%) enquadraram-se na faixa etária de 60 a 69 anos, 27 (40,9%) na de 70 a 79 anos e 2 (3,0%) na faixa de maior ou igual a 80 anos.

Quanto a cor da pele, 33 (50,0%) parda, 20 (30,3%) autodeclararam-se branca, 9 (13,7%) negra, 3 (4,5%) outra (amarela, morena clara) e 1 (1,5%) ignorou a pergunta.

No que se refere ao estado conjugal, os resultados obtidos foram 28 (42,4%) viúva, 24 (36,4%) mora com o esposo ou companheiro, 12 (18,2%) declarou está separada, desquitada ou divorciada, 1 (1,5%) nunca se casou ou morou com companheiro e 1 (1,5%) ignorado.

Quanto à escolaridade, 22 (33,3%) tinham de 0 a 4 anos de estudo, 21 (31,9%) de 5 a 9 anos de estudo, 20 (30,3%) das entrevistadas tinham 10 ou mais anos de estudo e 3 (4,5%) não responderam esse questionamento.

Entre as idosas, 52 (78,8%) responderam possuir um tipo de renda, 13 (19,7%) não possuíam renda e um (1,5%) ignorou essa questão. Com relação à renda individual, 34 (51,2%) de um a dois mínimos, nove (13,7%) recebem até um salário mínimo, 6 (9,0%) possuem renda pessoal maior que dois salários mínimos e 17 (25,8) idosas ignoraram essa questão na coleta de dados. No que se refere a renda familiar, 23 (34,9%) de um a dois mínimo, 17 (25,8%) maior que dois salários mínimos, 11 (16,7%) deixaram a questão em branco, 10 (15,1%) recebiam até um salário mínimo, quatro (6,0%) não sabiam o valor da renda familiar e um (1,5%) respondeu nenhuma das alternativas.

Quando perguntado quantas pessoas dependiam dessa renda, 47 (71,3%) responderam até duas pessoas dependentes, 16 (24,2%) de três a cinco pessoas dependentes da renda e 3 (4,5%) maior que 5 pessoas dependentes.

No que diz respeito a administração da renda, 56 (85,0%) idosas administravam a renda, 4 (6,0%) responderam que a renda era administrada pela esposa/marido/filhos, 3 (4,5%) responderam que eram os netos que administravam, 2 (3%) responderam a alternativa outros e um (1,5%) ignorado.

Os recursos financeiros das senhoras que responderam o estudo, foram em sua maioria, 28 (42,1%) responderam que são provenientes de aposentadoria, 12 (18,2%) pensão, 3 (4,5%) renda mensal vitalícia, 3 (4,5%) sem rendimento próprio, 3 (4,5%) aposentadoria ou pensão, 2 (3,0%) trabalho contínuo (formal ou não), um (1,5%) aluguel, um (1,5%) doação (família), um (1,5%) trabalho eventual, um (1,5%) aposentadoria e pensão e 11 (16,7) ignoraram a questão.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, dos questionários respondidos pelas idosas (N=66), cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
De 60 a 69	37	56,1
De 70 a 79	27	40,9
Maior ou igual a 80	2	3,0
Cor da Pele		
Branca	20	30,3
Parda	33	50,0
Negra	9	13,7
Outra (amarela, morena clara)	3	4,5
Ignorado	1	1,5
Estado Conjugal		
Viúva	28	42,4
Mora com o esposo ou companheiro	24	36,4
Separada, desquitada, divorciada	12	18,2
Nunca se casou ou morou com companheiro	1	1,5
Ignorado	1	1,5

(cont) **Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas, dos questionários respondidos pelas idosas (N=66), cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal.

Variáveis	N	%
Anos de Estudo		
0 a 4 anos	22	33,3
5 a 9 anos	21	31,9
Maior ou igual a 10 anos	20	30,3
Ignorado	3	4,5
Renda		
Sim	52	78,8
Não	13	19,7
Ignorado	1	1,5
Renda Individual		
Até 1 salário mínimo	9	13,7
De 1 a 2 mínimo	34	51,2
Maior que 2 salários mínimos	6	9,0
Ignorado	17	25,8
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	10	15,1
De 1 a 2 mínimo	23	34,9
Maior que 2 salários mínimos	17	25,8
Em branco	11	16,7
Não sabe	4	6,0
ND	1	1,5
Nº Pessoas Dependentes		
Até 2 pessoas	47	71,3
De 3 a 5 pessoas	16	24,2
Maior que 5 pessoas	3	4,5

(cont) **Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas, dos questionários respondidos pelas idosas (N=66), cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal.

Variáveis	N	%
Quem Administra a Renda		
Eu mesma	56	85,0
Esposa / marido / filhos	4	6,0
Netos	3	4,5
Outros	2	3,0
Ignorado	1	1,5
Fonte dos Recursos		
Aposentadoria	28	42,1
Pensão	12	18,2
Aluguel	1	1,5
Doação (Família)	1	1,5
Trabalho contínuo (formal ou não)	2	3,0
Trabalho eventual	1	1,5
Renda mensal vitalícia	3	4,5
Sem rendimento próprio	3	4,5
Aposentadoria / Pensão	3	4,5
Aposentadoria e Pensão	1	1,5
Ignorado/ em branco	11	16,7

As variáveis em relação a dados relacionados à saúde das idosas participantes deste estudo estão distribuídas na tabela 2.

Sobre os resultados em relação ao declínio cognitivo, 57 (86,3%) referiram que não possuem declínio e 9 (13,7%) apresentaram.

No que concerne a autoavaliação de saúde, 35 (53,0%) disseram que consideravam a própria saúde regular, 17 (25,8) boa, 7 (10,6) ótima e 7 (10,6%) relataram que era péssima. Ademais, quando perguntado como estava a saúde em comparação com 12 meses atrás, em relação ao dia da coleta, 30 (45,4%) das idosas responderam que estava igual, 23 (34,9%) referiu que continuava igual e 13 (19,7%) disseram que melhorou.

As morbidades autorreferidas pelas idosas foram: hipertensão 50 (75,7%); problemas de visão 44 (66,6%); problemas para dormir 41 (62,1%); problemas de coluna 42 (63,6%); problemas circulatórios 38 (57,7%); artrite / artrose 27 (40,9%); diabetes 23 (34,9%); incontinência urinária 13 (19,7%); osteoporose 17 (25,8%); problemas cardíacos 12 (18,2%); obesidade 12 (18,2%); outros (Asma, AVC, tuberculose, embolia pulmonar, incontinência fecal) 20 (30,3%) e depressão 23 (34,9%).

Em relação ao uso de medicamentos, 21 (23,6%) respostas sobre o uso de hipotensor, 5 (5,6%) antidiabéticos, 5 (5,6%) antiarrítmico, 4 (4,4%) suplemento vitamínico, 3 (3,3%) antilipêmico, 3 (3,3%) hormônio tireoideano, 2 (2,2) anticonvulsivante, 2 (2,2) insulina, 1 (1,2%) antireumático, 1 (1,2%) hipnótico, 1 (1,2%) vasculoprotetores, 1 (1,2%) antiveriginoso, 1 (1,2%) recalcificante, 1 (1,2%) protetor de mucosa, e por fim 29 (32,5%) não responderam quais medicamentos utilizavam e 9 (10,1) não sabiam.

Tabela 2. Distribuição das variáveis em relação a dados relacionados à saúde das participantes do estudo, Brasília – DF, 2019.

Variáveis	N	%
Declínio Cognitivo		
• Sim	9	13,7
• Não	57	86,3
AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE:		
Em geral a senhora diria que sua saúde é:		
• Péssima	7	10,6
• Regular	35	53,0
• Boa	17	25,8
• Ótima	7	10,6

(cont) **Tabela 2.** Distribuição das variáveis em relação a dados relacionados à saúde das participantes do estudo, Brasília – DF, 2019.

Variáveis	N	%
Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, a Sra. diria que sua saúde está:		
• Pior	23	34,9
• Igual	30	45,4
• Melhor	13	19,7
Morbidades autorreferidas (coloquei somente as que separamos na reunião passada)*		
• Hipertensão	50	75,7
• Problemas de visão	44	66,6
• Problemas para dormir	41	62,1
• Problemas de coluna	42	63,6
• Problemas circulatórios	38	57,7
• Artrite / Artrose	27	40,9
• Diabetes	23	34,9
• Incontinência urinária	13	19,7
• Osteoporose	17	25,8
• Problemas cardíacos	12	18,2
• Obesidade	12	18,2
• Outros*	20	30,3
• Depressão	23	34,9

*Asma, AVC, tuberculose, embolia pulmonar, incontinência fecal

(cont) **Tabela 2.** Distribuição das variáveis em relação a dados relacionados à saúde das participantes do estudo, Brasília – DF, 2019.

Variáveis	N	%
Uso de medicamentos	N	%
• Hipotensor[K1]	21	23,6
• Antidiabéticos	5	5,6
• Antiarrítmico	5	5,6
• Suplemento vitamínico	4	4,4
• Antilipêmico	3	3,3
• Hormônio tireoideano	3	3,3
• Anticonvulsivante	2	2,2
• Insulina	2	2,2
• Antireumático	1	1,2
• Hipnótico	1	1,2
• Vasculoprotetores	1	1,2
• Antiveriginoso	1	1,2
• Recalcificante	1	1,2
• Protetor de mucosa	1	1,2
• Não sabiam	9	10,1
• Em branco	29	32,5

*Podiam responder mais de uma resposta.

[K1]Qual a base que você fez o cálculo?

As variáveis em relação à capacidade funcional estão apresentadas na Tabela 3. Com relação às variáveis das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), as idosas foram divididas em três grupos conforme as respostas, 57 (86,3%) responderam possuir independência em todas as seis funções (tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se), 8 (12,2%) referiram independência em cinco funções e dependência em uma função e uma (1,5%) era independente em duas funções e dependente em quatro. Sobre o número de ABVD que não consegue realizar, a maioria respondeu que consegue realizar todas as ABVD 61 (92,5%) e cinco (7,5%) responderam que não conseguem realizar uma atividade.

Total das AIVD, 22 (33,3%) totalizaram vinte e um, 13 (19,6%) dezoito, 10 (15,1%) total de vinte, 10 (15,1%) dezenove, 4 (6,0%) dezessete, 2 (3,0%) quinze, 2 (3,0%) treze, um (1,5%) dezessete, um (1,5%) catorze e um (1,5%) totalizou sete.

No que se refere a classificação de dependência para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), 40 (60,6%) responderam dependência parcial para a realização das atividades, 24 (36,4%) relataram ser independentes e dois (3,0%) dependência total.

Quando perguntado quantas Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDS) as idosas conseguiam desempenhar, 15 (22,7%) responderam sete AAVDS, 11 (16,6%) realizavam seis, 9 (13,7%) desempenhavam cinco, 7 (10,8%) 8 atividades, 7 (10,8%) faziam 9 atividades, 6 (9,0%) quatro AAVDS, 3 (4,5%) onze, 3 (4,5%) três, dois (3,0%) dez, um (1,5%) vinte e sete, um (1,5%) vinte e quatro e um (1,5%) quinze atividades.

Em relação a classificação das idosas em idoso mais ativo (≥ 4 AAVD – ainda faço) e idoso menos ativo (< 4 AAVD – ainda faço), 63 (95,5%) responderam que estariam em idoso mais ativo e 3 (4,5%) declararam idoso menos ativo.

Entre as idosas, 55 (83,4%) não estiveram internadas no último ano e 11 (16,6%) estiveram internadas nos últimos doze meses. Sobre o número de internações, a maioria 55 (83,4%) responderam zero internações, 8 (12,1%) responderam uma internação, uma (1,5%) relataram cinco internações, uma (1,5%) três internações e uma (1,5%) duas internações. Quando perguntado os motivos das internações, 55 (83,4%) deixaram em branco, 3 (4,5%) foram internadas devido condições crônicas, 3 (4,5%) fizeram cirurgia, duas (3,0%) por causa de condições crônicas, duas (3,0) por causa de quedas e um (1,5%) por outros motivos.

Sobre a ocorrência de quedas, 45 (68,2%) responderam que não sofreram quedas e 21 (31,8%) disseram que sofreram alguma queda nos últimos doze meses. As idosas que responderam positivamente ao questionamento, foi perguntado quantas vezes caiu nos últimos doze meses, 45 (68,2%) caiu duas vezes e 21 (31,8%) somente uma vez.

Em relação a percepção sobre a própria saúde, 29 (44,0%) disseram que a saúde é boa, 15 (22,7%) consideraram regular, 7 (10,8%) muito boa, 5 (7,5%) excelente, 4 (6,0%) deixaram a questão em branco, 3 (4,5%) responderam nenhuma das alternativas (ND), 3 (4,5%) ruim.

Sobre a dificuldade para curvar-se, agachar ou ajoelhar-se, 23 (35,0%) responderam que não possuem nenhuma dificuldade para realizar as atividades, 15 (22,7%) disseram ter muita dificuldade, 14 (21,2%) incapaz de fazer, 10 (15,1) responderam ter pouca dificuldade e 4 (6,0%) média dificuldade. Em relação a levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos, 35 (53,0%) disseram não possuir nenhuma dificuldade, 12 (18,2%) incapaz de fazer, 8 (12,1%) muita dificuldade, 7 (10,8) média dificuldade e 4 (6,0%) pouca dificuldade. Quanto a elevar ou estender os braços acima do nível do ombro, 45

(68,3%) responderam que não tinham nenhuma dificuldade, 9 (13,7%) pouca dificuldade, 5 (7,5%) muita dificuldade, 4 (6,0%) incapaz de fazer e um (1,5%) deixaram em branco.

A respeito da capacidade de escrever ou manusear e segurar pequenos objetos, 55 (83,4%) nenhuma dificuldade, 5 (7,5%) pouca dificuldade, 3 (4,5%) média dificuldade, 2 (3,0%) muita dificuldade e um (1,5%) incapaz de fazer. Em relação a andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões), 45 (68,3%) responderam nenhuma dificuldade, 11 (16,6%) pouca dificuldade, 7 (10,8%) incapaz de fazer, 2 (3,0%) média dificuldade e um (1,5%) muita dificuldade. Com relação a dificuldade de fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas, 36 (54,7%) nenhuma dificuldade, 10 (15,1%) média dificuldade, 9 (13,7%) pouca dificuldade, 6 (9,0) incapaz de fazer e 5 (7,5%) muita dificuldade para executar as atividades.

Em relação ao etilismo, 50 (75,9) idosas não consomem bebidas alcoólicas, 13 (19,6%) e três (4,5%) ignoraram a questão. Ademais, sobre a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, 51 (77,3%) deixaram em branco, 12 (18,2%) eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês) e três (4,5%) a frequência de consumo era de 1 a 6 vezes na semana.

No que se refere ao tabagismo, três (4,5%) responderam que fumam há (20, 46, 10 anos), 17 (25,7%) fumavam mas pararam e 46 (69,8%) nunca fumaram.

Tabela 3. Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
ABVD - Classificação	N	%
<ul style="list-style-type: none"> 0 : independente em todas as seis funções 	57	86,3
<ul style="list-style-type: none"> 1: independente em cinco funções e dependente em uma função 	8	12,2
<ul style="list-style-type: none"> 4: independente em duas funções e dependente em quatro 	1	1,5
Número de ABVD que não consegue realizar	N	%
<ul style="list-style-type: none"> 0 	61	92,5
<ul style="list-style-type: none"> 1 	5	7,5

(cont) **Tabela 3.** Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
Total das AIVD	N	%
• 1 - 10	1	1,5
• 11 - 15	5	7,5
• 16 - 20	38	57,7
• Maior que 20	22	33,3
Classificação da dependência para AIVD	N	%
• Dependência total: igual a 7 pontos	2	3,0
• Dependência parcial: 8 a 20 pontos	40	60,6
• Independente: 21 pontos	24	36,4
Total de AAVD	N	%
• 1 - 10	57	86,3
• 11 ou mais	9	13,7
Classificação do idoso	N	%
• (1) Idoso mais ativo (≥ 4 AAVD – ainda faço)	63	95,5
• (2) Idoso menos ativo (< 4 AAVD – ainda faço)	3	4,5
A senhora ficou internada nos últimos doze meses (último ano)?	N	%
• Sim	11	16,6
• Não	55	83,4
Número de internação	N	%
• 0	55	83,4
• 1 - 5	11	16,6

(cont) **Tabela 3.** Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
Qual(is) o(s) motivo(s) da(s) internação(ões)	N	%
• Condições crônicas	2	3,0
• Condições agudas	3	4,5
• Outros causas	6	9,0
• Em branco	55	83,5
A senhora teve alguma queda nos últimos doze meses?	N	%
• Sim	21	31,8
• Não	45	68,2
Quantas vezes caiu nos últimos doze meses?	N	%
• Uma	21	31,8
• Duas	45	68,2
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	N	%
• Ruim	3	4,5
• Regular	15	22,7
• Boa	29	44,0
• Muito boa	7	10,8
• Excelente	5	7,5
• ND	3	4,5
• Em branco	4	6,0

(cont) **Tabela 3.** Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:		
. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se		
• Nenhuma dificuldade	23	35,0
• Pouca dificuldade	10	15,1
• Média dificuldade	4	6,0
• Muita dificuldade	15	22,7
• Incapaz de fazer	14	21,2
. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?		
• Nenhuma dificuldade	35	53,0
• Pouca dificuldade	4	6,0
• Média dificuldade	7	10,6
• Muita dificuldade	8	12,2
• Incapaz de fazer	12	18,2
. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?		
• Nenhuma dificuldade	45	68,3
• Pouca dificuldade	9	13,7
• Média dificuldade	2	3,0
• Muita dificuldade	5	7,5
• Incapaz de fazer	4	6,0
• Em branco	1	1,5
. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?		
• Nenhuma dificuldade	55	83,4
• Pouca dificuldade	5	7,5
• Média dificuldade	3	4,5
• Muita dificuldade	2	3,0
• Incapaz de fazer	1	1,5

(cont) **Tabela 3.** Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:		
. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	N	%
• Nenhuma dificuldade	45	68,2
• Pouca dificuldade	11	16,7
• Média dificuldade	2	3,0
• Muita dificuldade	1	1,5
• Incapaz de fazer	7	10,6
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?		
• Nenhuma dificuldade	36	54,7
• Pouca dificuldade	9	13,7
• Média dificuldade	10	15,1
• Muita dificuldade	5	7,5
• Incapaz de fazer	6	9,0
Etilismo		
A senhora costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja, etc)?	N	%
• Sim	13	19,7
• Não	50	75,8
• Ignorado	3	4,5
Frequência de consumo de bebida alcoólica		
• De 1 a 6 vezes na semana	3	4,5
• Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)	12	18,2
• Em branco	51	77,3

(cont) **Tabela 3.** Distribuição das variáveis em relação a capacidade funcional.

Variáveis	N	%
Tabagismo		
A senhora fuma?		
• Sim – Há quanto tempo?	3	4,5
• Fumava – Parou há quanto tempo? (3 meses a 50 anos)	17	25,7
• Nunca fumei	46	69,8

As variáveis em relação à saúde das participantes da pesquisa estão apresentadas na Tabela 4. Quando perguntadas sobre problemas para dormir, 39 (59,0%) das idosas referiram que possuem dificuldades para dormir, enquanto que 27 (41,0%) responderam negativamente. Ademais, dentre os problemas referidos estão: ansiedade, insônia, preocupação e problemas financeiros que impactam de maneira negativa sobre a qualidade do sono destas idosas.

Em relação a realização de consulta de rotina, a maioria 56 (84,9%) responderam que não realizaram no último ano, e 10 (15,1%) realizaram consultas com profissional médico (cardiologista, endócrino, clínico, oftalmologista, ortopedista, ginecologista e psiquiatra) e outros profissionais (nutricionista e dentista). Sobre consulta na UBS, a maioria 39 (59,0%) referiram que não e 27 (41,0%) relataram ter frequentado a UBS para consultas. Ademais, quando perguntadas sobre atendimento odontológico, a maioria 49 (74,2%) responderam que receberam atendimento, em contrapartida 17 (25,8%) responderam negativamente a esta questão.

Sobre a realização de exames preventivos. tais como: exame citopatológico (Papanicolau), mamografia e exames de rotina (exemplo: hemograma; urina), a maioria 36 (54,7%) das idosas responderam que realizaram os exames, enquanto que 30 (45,4) responderam negativamente, pois não realizaram nenhum dos exames citados.

Em relação a presença de sintomas depressivos, 46 (69,7%) não apresentaram sintomas de depressão, no entanto 20 (30,3) apontaram sintomas depressivos.

Quando perguntado sobre a quantidade de parentes na qual as idosas se sentiam à vontade e podiam falar sobre quase tudo, 31 (46,9%) responderam que possuíam de um a três parentes confiáveis, 22 (33,4%) possuíam mais de três pessoas, 12 (18,2) não possuíam nenhum parente e 1 (1,5%) deixou essa questão em branco. Quando perguntado com quantos amigos, as idosas se sentiam a vontade e falavam sobre quase tudo, a maioria 26 (39,5%) responderam que possuem de um a três amigos, e 20 (30,3) responderam que

não possuem nenhum amigo com essas características, 12 (18,2) responderam que possuem mais de três pessoas, 5 responderam (ninguém/não sabe dizer/muitos/todos/vizinhos) e 3 (4,5%) deixaram essa questão em branco.

Tabela 4. Distribuição das variáveis relacionadas à saúde das participantes da pesquisa. Brasília, 2019.

Variáveis	N	%
Problema para dormir?		
• Sim	39	59,0
• Não	27	41,0
Qual problema para dormir?		
• Ansiedade	8	12,2
• Insônia	23	35,0
• Preocupação	2	3,0
• Problemas financeiros	1	1,5
• Em branco	32	48,3
A senhora realizou consulta de rotina, nesse último ano?		
• Sim	10	15,1
• Não	56	84,9
Se sim, com qual (is) profissional (is)?		
• Médico	51	77,3
• Outros profissionais (nutricionista e dentista)	2	3,0
• Em branco	13	19,7
Alguma consulta na Unidade Básica de Saúde?		
• Sim	27	41,0
• Não	39	59,0
A senhora realizou exame preventivo, nesse último ano?		
• Sim	36	54,7
• Não	30	45,4

(cont) **Tabela 4.** Distribuição das variáveis relacionadas à saúde das participantes da pesquisa. Brasília, 2019.

Variáveis	N	%
Presença de indicativo de sintomas depressivos?		
• Sim	20	30,3
• Não	46	69,7
Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?		
• 0	12	18,2
• 1 a 3	31	46,9
• mais de 3 pessoas	22	33,4
• Em branco	1	1,5
Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? obs: (muitos, não sabe dizer, todos, vizinhos)		
• 0	20	30,3
• 1 a 3	26	39,5
• mais de 3 pessoas	12	18,2
• Em branco	3	4,5
• Outras respostas (ninguém/não sabe dizer/muitos/todos/vizinhos)	5	7,5

4 DISCUSSÃO

Adquirir conhecimento sobre o perfil de funcionalidade da pessoa idosa através deste estudo foi relevante para a percepção dos avanços e a visualização do que ainda precisava de melhora para este público. Além disso, segundo o Caderno de Atenção Básica nº19, a avaliação da pessoa idosa na UBS é relevante no rastreio de características de declínio funcional, que pode sugerir a presença de DCNT ou outras alterações ainda não diagnosticadas, como fragilidade, alterações na marcha, acuidade visual e quedas (BRASIL, 2006).

Em relação aos dados socioeconômicos, esses foram relevantes para a verificação do aumento da população idosa e de sua expectativa de vida. Em contrapartida, este público não recebia condições necessárias para essa nova realidade. Nesse sentido, a situação social não progrediu na mesma velocidade

que o aumento da expectativa de vida dos indivíduos usuários da ESF do Distrito Federal, conforme a citação a seguir:

No cenário da ESF, é esperado encontrar idosos de baixa renda, visto que o programa é implementado em comunidades carentes para que se atenda a uma demanda com restrições de acesso ao serviço, com dificuldade de locomoção, entre outros, além de se tentar estabelecer uma comunicação diferenciada, visando a educação em saúde da população, uma ação preventiva. (DRUMMOND; DORNELLES, 2013, p. 733).

De acordo com Borim et al (2014), às variáveis socioeconômicas estão relacionadas com as condições de saúde física, que apresentam padrões inadequados devido às desigualdades socioeconômicas, que na literatura é dita determinantes e condicionantes da saúde, disposto na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Neste contexto, os dados sociodemográficos permitiram análise de tais fatores, que expressavam como determinantes e condicionantes no artigo 3º, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O presente estudo identificou que a maioria das idosas tinham a idade entre 60 a 69 anos, cor da pele parda, viúvas e relataram ter estudado até quatro anos. Sobre a renda, de acordo com os resultados, as participantes possuíam a renda individual de um a dois salários mínimos e administravam a própria renda, proveniente da aposentadoria em grande parte dos casos. Desse modo, foi possível visualizar que, de fato, a situação social não avança na mesma velocidade que a crescente expectativa de vida, semelhantemente ao exposto por Mendes (2005), e coloca em evidência a importância dos vigentes determinantes e condicionantes da saúde e de se conhecer a situação social da população assistida para a proposição de intervenções específicas de acordo com as respectivas demandas.

Os dados relacionados à saúde permitiram identificar o perfil da população idosa de uma determinada região ou instituição. Essas informações são importantes pois para a população idosa mostram a situação de sua saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional, suporte social (ARAÚJO et al, 2014), dentre outras.

Este estudo mostrou que as idosas em sua maioria possuíam morbidades, comorbidades conforme dados encontrados também no estudo de Silva et al (2019), os autores destacaram que as doenças mais prevalentes foram: doenças cardíacas, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Sobre a funcionalidade, que consiste em capacidade de realização das atividades do cotidiano, compreende-se que é importante para se ter qualidade de vida, além de permitir traçar o perfil de envelhecimento, senescência ou senilidade, o que coloca em pauta o incentivo ao envelhecimento ativo.

Neste estudo foram observadas as variáveis das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), na qual a maioria das idosas relataram possuir

independência em todas as seis funções (tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se); Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) em que as idosas disseram em sua maioria possuir dependência parcial para a execução das atividades e as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDS) na qual a maioria relataram desempenhar pelo menos sete AAVDS, isto é um dado pertinente pois a participação da pessoa idosa em muitos setores é considerada positiva devido a trocas intergeracionais.

Assim, sobre o quadro geral de saúde das idosas, 41 idosas disseram que sua saúde era boa ou muito boa, a maioria procura a atenção básica em geral para cuidar da saúde e as idosas são ativas, com uma dependência parcial nas AIVD e são ativas considerando as AAVD e independentes nas ABVD.

A funcionalidade prejudicada interfere na qualidade de vida dessas idosas visto que de acordo com Silva et al, 2021, a incapacidade funcional impacta na vida da idoso devido a elevação do risco de morbimortalidade e de hospitalizações, o que pode ocasionar em sobrecargas sociais e econômicas para o idoso, família e o sistema de saúde. Sendo assim, é importante preparar a equipe de saúde para identificar limitações de maneira precoce utilizando instrumentos validados e confiáveis, além disso o incentivo ao registro dos resultados (SILVA; et al, 2019).

A compreensão da situação de registro de quedas é importante visto que para a pessoa idosa representa maior frequência, perigo devido aos riscos associados. A queda representa um problema de saúde pública na qual pode desencadear diversas consequências, tais como, lesões, medo de cair, hospitalização, dentre outras. Ademais, a gravidade da fratura aumenta em idosos (STOLT et al., 2020).

De acordo com Stolt et al (2020), o envelhecimento associado às mudanças fisiológicas e da funcionalidade, tornam essa faixa etária, acima dos 60 anos, uma população vulnerável à ocorrência de quedas que podem ocasionar a diminuição da independência funcional, da autonomia e elevar o risco de óbito precoce. Além disso, as internações por quedas implicam na sobrevida, pois apenas aproximadamente 50% dos idosos que sofreram quedas e foram admitidos em hospitais estarão vivos após um ano (STOLT et al., 2020).

As quedas possuem diferentes etiologias, o que envolve fatores intrínsecos relacionados ao envelhecimento, fatores extrínsecos que relacionam-se aos riscos ambientais, tendo como exemplo, caminhar sobre superfície escorregadia ou em locais com iluminação inadequada e os fatores situacionais, por exemplo, um idoso com incontinência urinária que corre para o banheiro para evitar a perda urinária (RUBENSTEIN, 2021). Todos esses fatores citados anteriormente podem ser percebidos por meio de uma Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica, o profissional deve verificar a ocorrência e a frequência, e posteriormente registrar na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pois essas informações possibilitam a identificação do risco de quedas (BRASIL, 2006). Seria importante que as UBS utilizassem os registros de cada pessoa

idosa na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de forma a compartilhar informações com o idoso e seus familiares, bem como com os diferentes profissionais da área da saúde, o que facilitaria o acesso a essas informações quando necessário. Abaixo estão imagens da caderneta referente a avaliação ambiental e o registro da ocorrência de quedas.

2.8 Avaliação ambiental

Esteja atento(a) à segurança de seu domicílio, pois a maioria das quedas que ocasionam incapacidade permanente ocorre dentro de casa.

Itens importantes para a segurança do domicílio		20__		20__		20__		20__		20__	
Local	Item	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas										
	Presença de barras de apoio										
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos										
Iluminação	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus										
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos										
Banheiro	Área do chuveiro com antiderrapante										
	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme										
Cozinha e quarto	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada										
Escada	Piso antiderrapante										
	Corrimão dos dois lados e firme										

23

Fonte: Avaliação ambiental descrita na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasil, 2020.

Neste estudo, 21 (31,8%) idosas entrevistadas responderam que sofreram alguma queda. E quando perguntado sobre a ocorrência, a maioria das idosas 45 (68,2%) responderam que caiu duas vezes e 21 (31,8%) somente uma vez, no último ano. Estes dados mostram que nesta população da pesquisa a incidência de quedas é explícita. Em relação à internação, a maioria deixou em branco, e apenas duas responderam que a internação foi ocasionada em decorrência de queda.

O estudo de PEREIRA; CEOLIM (2011) apresenta que problemas do sono em idosos aumenta o risco de quedas em idosos. Semelhantemente, neste estudo, quando perguntadas sobre problemas para dormir, 39 (59%) das idosas referiram que possuem dificuldades para dormir, desta forma, percebe-se que a maioria das idosas participantes deste estudo possuía, o sono como fator de risco para quedas.

Outros fatores de risco relevantes presentes neste estudo são dificuldade de visão, problemas circulatórios, problemas de coluna, risco de queda da cama, porque muitas idosas referiram levantar-se durante a noite devido a insônia e uso de medicamentos diuréticos que interferem na incontinência urinária.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que obter dados sobre quedas e internações na população idosa é importante para a detecção de fatores de riscos e o planejamento de medidas preventivas na Atenção Básica de Saúde. Ademais, as quedas possuem diferentes etiologias, o que envolve fatores intrínsecos relacionados ao envelhecimento, fatores extrínsecos que relacionam-se aos riscos ambientais, tendo como exemplo, caminhar sobre superfície escorregadia ou em locais com iluminação inadequada e os fatores situacionais.

O estudo identificou que seria relevante enfatizar a importância nas UBS dos registros de cada pessoa idosa na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de forma a compartilhar informações com o idoso e seus familiares, bem como com os diferentes profissionais da área da saúde, o que facilitaria o acesso a essas informações quando necessário.

A limitação deste estudo é a falta de dados referente a internações visto que a maioria das participantes não responderam a esta questão durante a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://comdipi.jundiai.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/caderneta_saude_pessoa_idosa-6.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2021.

MAIA, Bruna Carla *et al.*. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-393, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200017>.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011

NUNES, Bruno Pereira *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, 43, 2017. Disponível em: <Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan (scielo.br)>. Acesso em 20 de abril de 2021. Epub 04 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006646>

OLIVEIRA, FMRL. *et al.*, 2018. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v.26, 2018. Disponível em: <Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde [Hospitalization-related risk factors in older adults receiving primary health care] [Factores de riesgo asociados con la hospitalización en ancianos atendidos en la atención primaria de salud] | de Oliveira | Revista Enfermagem UERJ>. Acesso em 20 de abril de 2021. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.15488>

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 769–778, 2011.

RUBENSTEIN, L. **Quedas em idosos - Geriatria**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/quedas-em-idosos/quedas-em-idosos>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, *et al.* Riscos de quedas em idosos e a COVID-19: Um alerta de saúde e proposta de exercícios funcionais. . **Rev Bras Ativ Fís Saúde.** 2020;25:e0179. Disponível em: <14446-texto-do-artigo-56855-1-10-20210226.pdf (bvsalud.org)>. Acesso em 19 de abril. 2021.

STOLT, L. R. O. G. et al. Internação hospitalar, mortalidade e letalidade crescentes por quedas em idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 76, 14 ago. 2020.

VICENTINI DE OLIVEIRA, Daniel *et al.* Funcionalidade e força muscular estão associadas ao risco e medo de quedas em idosos?. **Rev. Bras. Promoç Saúde.**, 2021;34:10903 . Disponível em: <Funcionalidade e força muscular estão associadas ao risco e medo de quedas em idosos? | Oliveira | Revista Brasileira em Promoção da Saúde (unifor.br)>. Acesso em: 20 de abril. 2021. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.10903>