

QUEDAS EM IDOSOS: REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Marilene Rodrigues Portella¹
Alisson Padilha de Lima²

PORTELLA, M. R.; LIMA, A. P. de. Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 109-115, maio/ago. 2018.

RESUMO: Este estudo teve por objetivo apresentar as reflexões acerca das políticas públicas relacionada às quedas para que a população idosa possa obter um envelhecimento saudável. Optou-se pelo método de revisão narrativa por entender que são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, não informando as fontes utilizadas, a metodologia para busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção de trabalhos. Para compor a revisão delimitaram-se os seguintes tópicos: Envelhecimento como fenômeno demográfico; Envelhecimento e os eventos de quedas; Inaugurar um novo tempo de ação e de parcerias, em cooperação entre todos, pois se os problemas são multifacetados, como os eventos de quedas, as soluções também o são. A consolidação de parcerias efetivas com as famílias, a sociedade, os setores governamentais e/ou não governamentais, poderá fortalecer políticas públicas para o envelhecimento saudável. Tal proposição exigirá mudanças essenciais, não apenas no que fazemos, mas em como pensamos e conduzimos o envelhecimento em si, seja na dimensão pessoal e ou coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes por Quedas. Envelhecimento da População. Promoção da Saúde.

FALLS WITH THE ELDERLY: THOUGHTS ON PUBLIC POLICIES FOR HEALTHY AGING

ABSTRACT: This study aimed at presenting the thoughts on public policies related to falls for the elderly population to have a healthy aging. The narrative review method was chosen since it is understood that they are broad publications, appropriate to describe and discuss the development or “state-of-the-art” of a certain subject from a theoretical or contextual point of view, not informing the used sources, the methodology for searching references, nor the criteria used in the evaluation and selection of papers. In order to compose the review, the following topics were defined: Aging as a demographic phenomenon; Aging and fall events; Inauguration of a new time for action and partnerships, in joint cooperation, since if the issues are multifaceted, such as fall events, so are the solutions. The consolidation of effective partnerships with families, society, government and/or non-governmental sectors could strengthen public policies for healthy aging. Such a proposition will require essential changes, not only in what we do, but in the manner we think and deal with aging itself, whether in a personal or collective dimension.

KEYWORDS: Accidental Falls. Demographic Aging. Health Promotion.

Introdução

Nos últimos cinco anos, as quedas foram responsáveis por aproximadamente 80% de incapacidades decorrentes de lesões não intencionais, excluindo os acidentes de trânsito em adultos com 50 ou mais. As quedas estão se tornando um grande problema de saúde pública em países de baixa e média renda, onde as populações estão envelhecendo rapidamente (STEWART WILLIAMS et al., 2015).

As modificações orgânicas de origem física e mental associadas com o avanço da idade e fragilidade aumentam os riscos de lesões relacionadas à quedas, pois todos os anos um terço dos idosos da comunidade correm o risco de cair, cerca de 10 a 15% suportam uma lesão (KARLSSON et al., 2013).

Alguns estudos têm apontado diversos fatores de riscos para quedas em idosos como: idade avançada, sexo feminino, fragilidade física, fraqueza muscular, marcha instável e equilíbrio, cognição prejudicada e sintomas depressivos (FANG et al., 2012; JAGNOOR et al., 2014).

O risco de queda aumenta com a idade e com maiores índices de prevalência das doenças crônicas, tais como: doenças cardiovasculares, artrite e diabetes. A deficiência

nutricional, os padrões de sono deficitários e a deficiência visual também estão associados ao aumento do risco de queda (BOUTIN et al., 2012).

As condições socioeconômicas, de baixa renda, baixa escolaridade e habitação inadequada também são fatores de risco para quedas. As condições ambientais não são fatores de risco por si só, mais podem influenciar na interação entre o indivíduo e o ambiente em que vive de maneira a precipitar a ocorrência de queda tais como: pisos escorregadios e iluminação deficiente, características do ambiente público: falhas em projetos de construção e calçadas irregulares aumentando o risco de cair (WHO, 2007).

Portanto a necessidade de políticas públicas que visem promover a prevenção do risco de quedas em idosos é de fundamental importância na minimização de riscos e gastos de saúde pública, o que vem justificar a importância da realização do presente estudo ao apresentar opções de políticas a serem implantadas na melhora das condições de saúde para que esses indivíduos possam obter um envelhecimento saudável.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo por meio de uma revisão narrativa apresentar as reflexões acerca das políticas públicas relacionada às quedas para que

DOI: 10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6366

¹Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFSC, Docente do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Envelhecimento Humano – PPGEH da Universidade de Passo Fundo – UPF, Passo Fundo-RS, Brasil. Email: portella@upf.br.

²Profissional de Educação Física, Mestre em Envelhecimento Humano pelo PPGEH/UPF, Docente da Faculdade de Educação Física da Associação Educacional Luterana BOM JESUS/IELUSC, Joinville-SC, Brasil. Email: professor.alissonpadilha@gmail.com.

Endereço para correspondência: Alisson Padilha de Lima, Faculdade de Educação Física BOM JESUS/IELUSC, Rua Mafra, Bairro Saguauçu, Nº 80, CEP: 89221-665, Joinville – SC, Email: professor.alissonpadilha@gmail.com.

a população idosa possa obter um envelhecimento saudável.

Desenvolvimento

Optou-se pelo método de revisão narrativa por entender que são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, não informando as fontes utilizadas, a metodologia para busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção de trabalhos (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

Foram desenvolvidas buscas científicas separadamente, por meio de alguns termos, em inglês (*Accidental Falls, Demographic Aging, Health Promotion, Health Services Accessibility, Health of the Elderly and Frail Elderly*), em seguida, combinaram-se os descritores especificamente para as bases de dados. A busca foi realizada de outubro a dezembro de 2015, nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (via Pubmed), Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), World Health Organization (<http://www.who.int>) e Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (<http://www.opas.org.br>).

Envelhecimento como fenômeno demográfico

De acordo com os resultados das Nações Unidas, a população mundial atingiu 7,3 bilhões em meados de 2015, o que implica que o mundo tenha adicionado cerca de um bilhão de pessoas no espaço dos últimos doze anos, 60% da população mundial vive na Ásia (4,4 bilhões), 16% na África (1,2 bilhão), 10% na Europa (738 milhões), 9% na América Latina e no Caribe (634 milhões), e os 5% restantes no Norte da América (358 milhões) e Oceania (39 milhões). A China (1,4 mil milhões) e Índia (1,3 bilhão) continuam a ser os dois maiores países do mundo, ambos com mais de 1 bilhão de pessoas, o que representa 19 e 18% da população do mundo. Em 2015, 50,4% da população do mundo é do sexo masculino e 49,6% é do sexo feminino, a idade média da população mundial é de 29,6 anos, cerca de um quarto 26% das pessoas do mundo têm menos de 15 anos de idade, 62% estão envelhecendo 15-59 anos, e 12% têm 60 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2015).

O envelhecimento populacional está emergindo como uma questão política fundamental, a proporção e o número de idosos em todo o mundo estão aumentando drasticamente. Um exemplo disso é a África que já tem o dobro de idosos do que o norte da Europa, passando de 46 milhões em 2015 para 157 milhões em 2050. O ritmo do envelhecimento está cada vez mais acelerado, um exemplo é a França que teve 150 anos para se adaptar a uma alteração de 10 a 20% na proporção da população maior que 60 anos, já países como o Brasil, China e Índia tem pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adaptação (WHO, 2015).

Com o declínio da fertilidade e a esperança de vida aumentando, a proporção da população mais velha está aumentando, este fenômeno, conhecido como o envelhecimento populacional, é que ocorre em todo o mundo. Em 2015, havia 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, compreendendo 12% da população global, a população de 60 anos ou mais está crescendo a uma taxa de 3,26% ao ano. Atual-

mente, a Europa tem o maior percentual de sua população com 60 anos ou mais (24%), mas o rápido envelhecimento irá ocorrer em outras partes do mundo, bem como, até 2050, todas as principais regiões do mundo, exceto a África terá quase um quarto ou mais de sua população com 60 anos ou mais. O número de pessoas mais velhas no mundo é projetado para ser de 1,4 milhões em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, e pode subir para 3,2 bilhões em 2100, de curto à médio prazo, um maior número de população idosa é inevitável, uma vez que os grupos relevantes estão vivos (UNITED NATIONS, 2015).

Envelhecimento e os eventos de quedas

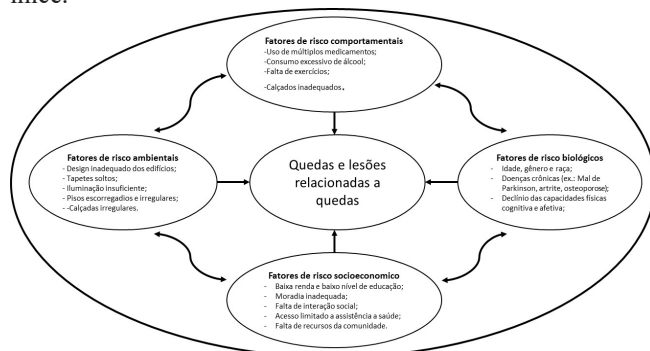
As alterações que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, a nível biológico, o envelhecimento está associado à acumulação progressiva de uma variedade de danos celular e molecular (STEVES; SPECTOR; JACKSON, 2012). Ao longo dos anos se conduz a um dano gradual na diminuição das reservas fisiológicas, aumento do risco de muitas doenças e um declínio geral das capacidades físicas (VASTOS et al., 2010).

Atualmente estão surgindo novos desafios, decorrentes do estado de saúde e funcionalidade da população idosa no mundo, entre eles às alterações fisiológicas advindas do processo de envelhecimento humano no decorrer da vida e que são vagamente associadas à idade cronológica (WHO, 2015).

A idade avançada é também caracterizada pelo surgimento de vários problemas no estado de saúde, que são complexos e tendem a ocorrer ao longo da vida, não se enquadrando em categorias de doenças. Como exemplo temos as síndromes geriátricas, dentre elas a instabilidade postural com os eventos de quedas. As quedas podem ser consequência de muitas características subjacentes, incluindo interações medicamentosas, fatores ambientais e fraqueza muscular, entre outros (INOUE et al., 2007).

A literatura exhibe um entendimento de que o evento de quedas é um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, um desequilíbrio postural, com incapacidade de correção em tempo hábil (WHO, 2007; BUKSMAN et al., 2008; BRASIL, 2013; DAMIÁN et al., 2013). Há um consenso entre os autores de que a ocorrência das quedas em idosos se deve à participação de fatores intrínsecos, definidos como aqueles relacionados ao próprio sujeito, e, extrínsecos os relacionados aos aspectos físicos do ambiente no qual o indivíduo interage (GRUNDSTROM; GUSE; LAYDE, 2012; HOOPS et al., 2012; UNGAR et al., 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) as quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco (WHO, 2007). Trata-se de uma etiologia multifatorial, que reflete uma diversidade de determinantes de saúde, subversores do bem-estar do indivíduo, estabelecidos em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos. A Figura 1 ilustra os fatores de risco e a interação deles sobre as quedas.

Figura 1: Modelos de fatores de risco para quedas na velhice.

Fonte: Who global report on falls prevention in older age, 2007, p. 5 [tradução livre].

Os indicadores que qualificam o viver e envelhecer do ser humano passam os fatores ilustrados no diagrama publicado pela OMS. Ao observar as dimensões que cingem os eventos de quedas, identificam-se fatores não modificáveis, a exemplo dos fatores de risco biológicos que abrangem características da herdabilidade genética e outras próprias dos indivíduos como: idade, gênero e raça. Por outro lado, os demais fatores delineados, embora modificáveis, apontam para a complexidade que permeia a questão.

Existem os fatores de risco como os socioeconômicos, os quais são relacionados à influência das condições sociais e do status econômico dos indivíduos e do entorno, bem como à capacidade que a sociedade tem ou não de enfrentá-los. Já, os fatores de risco ambientais incluem a interação das condições físicas da pessoa idosa e o ambiente que os cerca. A esfera doméstica, dependendo da organização e disposição cenária, elucidada a problemática dos riscos vivenciados no cotidiano dos idosos, da mesma forma os ambientes públicos, a exemplo da acessibilidade ou ausência desta, nas calçadas e ruas, espaços pelos quais a pessoa circula e interage. Esses fatores não são, em si, muitas vezes as causas, porém contribuem de modo expressivo na exposição aos eventos de quedas.

De todos os fatores modificáveis, talvez o mais emblemático seja os fatores de risco comportamentais. Pois, dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias ou aquelas adotadas ao longo da vida. Embora potencialmente modificáveis, os comportamentos de risco, por exemplo, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário requer investimento pessoal e tomada de decisão da pessoa, o que nem sempre se consegue sem uma rede de apoio. Também, o uso de múltiplos medicamentos, podem ser modificados por meio de intervenções estratégicas que exige, além da mudança comportamental, o envolvimento profissional, muitas vezes, o comprometido da equipe que atua no sistema de saúde.

Repercussões no sistema de saúde relacionado às quedas em idosos

Estima-se que 30% dos idosos com 65 anos ou mais e 50% dos idosos com 85 anos ou mais de idade, que vivem na comunidade urbana, vai cair, pelo menos uma vez por ano (FERNÁNDEZ-GARRIDO et al., 2014). As quedas são ainda os fatores de maior necessidade de presença de cuidados em longo prazo entre os idosos, ocorrendo anualmente em

50% dos idosos com mais de 65 anos (UNGAR et al., 2013).

No contexto geral, as lesões significativas ocorrem em 4-15% das quedas e 23-40% das lesões relacionadas com mortes em idosos são devido às quedas (LEE; KONG; PARK, 2012). Lesões relacionadas à quedas podem variar de menores contusões como: lacerações de pulsos a lesões do colo do fêmur (TINETTI; KUMAR, 2010). As quedas são, de fato, o principal fator de risco para fraturas e são ainda mais importantes do que densidade mineral óssea diminuída ou osteoporose, cabe ressaltar que 80% de fraturas por baixo trauma ocorre em pessoas que não têm osteoporose e 95% de quadril fraturas decorrentes de quedas (KARLSSON et al., 2013).

As quedas além de trazerem prejuízos físicos e psicológicos, perda da independência, risco de morte e de institucionalização para as pessoas idosas, são consideráveis problemas de saúde pública, pois as consequências e os custos afetam os serviços de saúde, em termos de utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) registra a cada ano mais de R\$ 51 milhões com o tratamento de fraturas decorrentes de quedas (BRASIL, 2012), a repercussão econômica com serviços hospitalares no SUS para o tratamento de idosos internados em razão de ter sofrido uma queda, aumenta à medida que a pessoa ultrapassa a faixa etária dos 80 anos e mais, outro fator também que influencia é o período de internação. Os custos se alastram nos casos de fraturas de fêmur.

O estudo de Fernandes et al. (2011), que estimou a utilização de recursos e custos diretos médicos associados à hospitalização por fratura de fêmur proximal em idosos constatou que o custo do tratamento desse tipo de fratura está relacionado ao período de hospitalização e o tempo que decorre até realização da cirurgia, quando esta ocorre após o quarto dia de hospitalização os custos aumentam significativamente.

Além dos substanciais custos diretos com medicamentos, consultas, internações e reabilitações, as quedas incorrem em custos indiretos que são críticos para a pessoa idosa, como limitações físicas e psicológicas, dependência, perda de autonomia e sentimentos de impotência, vergonha e tristeza, por vezes, acarretando o isolamento (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013; RECANELLO et al., 2015). A família também sofre, pois, o cuidado prolongado conduz a privação social, a sobrecarga física e emocional. Tal conjuntura denota o importante papel que os profissionais de saúde, em especial, aqueles que atuam na atenção básica têm junto aos cuidadores de idosos e seus familiares (PORTELLA, 2010).

Políticas públicas na atenção ao envelhecimento saudável e prevenção das quedas

Partindo do entendimento de que “políticas públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade” (CALDAS, 2008. p.15), as quais refletem “o conjunto de planos e programas de ação governamental voltados à intervenção no domínio social, por meio dos quais são traçadas diretrizes e metas a serem fomentadas pelo Estado” (LANÇA et

al, 2010. p. 20), nesta reflexão invocaremos as consignações da OMS para a promoção do envelhecimento saudável, mais especificamente, aquelas pronunciadas no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde lançado em outubro de 2015 (WHO, 2015).

Destaca-se que, inicialmente, no ano 1999, a OMS instituiu a Década do Osso e da Articulação (Bone and Joint Decade, 2000-2010), campanha na qual, dentre os objetivos destacava-se a prevenção da fratura do fêmur em idosos e sua redução, em incidência, de 25% (WHO, 2003).

Recentemente, a OMS alerta sobre a necessidade urgente de uma ação de saúde pública abrangente tangenciada ao envelhecimento (WHO, 2015). Ao abordar a promoção do envelhecimento saudável enfatiza que não é meramente dar andamento e fazer o que já vem sendo feito. Para a OMS os sistemas de saúde precisam ser ampliados, em alguns contextos, e, concebido em outros, para poder garantir acesso aos serviços integral centrados nas necessidades dos mais velhos. Mas algo é comum a todos, na promoção do envelhecimento saudável, o objetivo de “maximizar a capacidade funcional”, o que pode ser obtido por dois meios: “construindo e mantendo a capacidade intrínseca do indivíduo e permitindo que a pessoa com uma diminuição da capacidade funcional faça as coisas que julga importante para ele(a)” (WHO, 2015, p.14).

Acerca das principais oportunidades para ações de saúde pública, as recomendações da OMS dizem respeito às intervenções necessárias ao longo do curso da vida considerando o fato de que os serviços sempre vão se deparar com três subgrupos diferentes entre os idosos: aqueles com capacidade relativamente alta e estável, aqueles com declínio na capacidade e aqueles com perdas significativas da capacidade. Um mesmo indivíduo pode em um determinado momento da vida passar de um subgrupo a outro, pois esses subgrupos não são rígidos, nem perfazem o curso da vida de cada pessoa idosa.

Nesta perspectiva, também se concebe as ações de prevenção de quedas. Pois uma pessoa idosa, em um determinado momento pode estar exposta a fatores de risco para quedas, em outro sofrer a queda e recuperar-se elevando sua capacidade funcional ou evoluir com perdas significativas da capacidade. As quedas repercutem de modo significativo na vida dos caídores (RECANELLO et al., 2015), portanto as ações centradas na prevenção das quedas e também aquelas que intervêm nas repercussões de forma a dirimi-las ou evitá-las são congruentes com a maximização da capacidade funcional.

No desígnio de atender o objetivo de maximizar a capacidade funcional, quatro áreas são nominadas como prioritárias, quais sejam (WHO, 2015):

1. alinhar os sistemas de saúde às populações idosas que atendem no momento;
2. desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo;
3. criar ambientes favoráveis aos mais velhos;
4. melhorar a avaliação, o monitoramento e a abrangência.

Embora cada realidade demande diferentes formas de agir, prospectar uma variedade de abordagens aumenta a probabilidade de atingir um resultado satisfatório para a manutenção da capacidade funcional.

1. Alinhar os sistemas de saúde às populações idosas que atendem no momento

Para alinhar os sistemas de saúde às populações idosas se faz necessário desenvolver e garantir o acesso à serviços que proporcione cuidados centrados e integral para os idosos. Para tanto, os sistemas precisam se organizar balizados nas necessidades da população. Desse modo, como uma das ações é importante garantir que todos os idosos que chegam no serviço da saúde possam, sistematicamente, receber uma avaliação abrangente sobre os fatores de risco para quedas, daí a importância de protocolos para identificar possíveis riscos de queda (PERRACINI, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde, por ocasião da consulta proceda a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa e formula a Caderneta da Pessoa Idosa como o instrumento que ajuda identificar os idosos que caem com mais frequência. Uma ferramenta que o agente comunitário de saúde, na visita domiciliar, pode identificar o problema e encaminhar para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Há que se considerar que tanto a avaliação multidimensional rápida, quanto a utilização da caderneta de saúde necessitam de recursos humanos capacitados e estruturas de serviços aptas a atender as demandas.

Outra abordagem recomendada para alinhar os sistemas de saúde às populações idosas, diz respeito a: orientar sistemas em torno de capacidades intrínsecas. A queda pode ter como consequências o declínio da funcionalidade, institucionalização e maior mortalidade do idoso, daí a importância de se trabalhar para evitar que a pessoa caia (GOMES et al., 2014; JAGNOOR et al., 2014).

A capacidade de lidar com as quedas tanto dos idosos como dos profissionais de saúde pode reduzir os riscos e as consequências delas. O gerenciamento físico e mental das quedas, para os idosos e seus familiares, é também importante. Assim sendo, treinar os idosos em risco para evitar as quedas é medida que deve ser encorajada. É necessário o estabelecimento de diversas opções e estratégias políticas de prevenção de quedas, para homens e mulheres, com base em diferenças de gênero nos locais, circunstâncias e eventos que possam dar origem à quedas (OMS, 2010).

Garantir a existência de uma força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada é a terceira abordagem-chave proposta pela OMS. Para tanto, reconhece e enfatiza que esses novos sistemas exigirão que todos os profissionais de saúde tenham habilidades gerontológica e geriátrica básicas, corroborando a Política Nacional do Idoso e o próprio Estatuto do Idoso. Ademais, salienta como competências gerais necessárias para trabalhar com sistemas de saúde integral, a inclusão sistemas relacionados à comunicação, trabalho em equipe, tecnologias de informação e comunicação (WHO, 2015).

2. Desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo

As repercussões decorrentes dos eventos de quedas podem evoluir a uma condição de cronicidade. Ademais, o processo cuidativo é prolongado e os cuidadores, ao longo do tempo, enfrentam diferentes momentos de acordo com o declínio funcional. Nas perdas significativas da capacidade,

com o curso da evolução da enfermidade da pessoa cuidada, a família vivencia situações em que ora estão cuidando no domicílio, ora acompanha o idoso na hospitalização. Acompanhar/cuidar no hospital difere muito no que diz respeito ao cuidado no domicílio, em decorrência da longitudinalidade do processo crônico e das condições estruturais que acerca a família (PORTELLA, 2010).

Para desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo torna-se fundamental a capacitação dos profissionais envolvidos no sistema, quanto à avaliação ampla e integral não apenas dos caidores, como também na proposição de estratégias de atenção aos familiares (RECANELLO et al., 2015).

A OMS adverte que é necessário reconhecer o cuidado de longo prazo como um importante bem público, nesse alinhamento vigora o comentário de Gasparotto, Falsarella e Coimbra (2014), de que prevenir os eventos de quedas sempre será uma opção mais eficaz e barata. Portanto, os investimentos em educação informativa sobre os fatores de risco aliado aos trabalhos de força muscular, treino de equilíbrio e propriocepção são profícuos, pois tem forte impacto na prevenção de quedas. Para os autores as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos.

3. Criar ambientes favoráveis aos mais velhos

Criar ambientes favoráveis aos mais velhos é uma iniciativa que surge diante da grande transformação demográfica, adjacente ao fenômeno do envelhecimento da população mundial. Em junho de 2005, por ocasião do 18º Congresso Mundial de Gerontologia realizado no Rio de Janeiro, a OMS lançou “Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso ou *Global Age friendly Cities*” com a produção do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. O guia direcionou pesquisas e suscitou os pontos considerados fundamentais para a manutenção da qualidade de vida da população idosa: prédios públicos e espaços abertos; transporte e moradia; ambiente social e da cultura; respeito e inclusão social; participação social; participação política e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde (OMS, 2008). Prospectar um ambiente favorável aos mais velhos, vai muito além da preocupação com o espaço físico.

A OMS (2008) e a ONU (2002) consideraram em suas declarações que as cidades devem oferecer estruturas e serviços que proporcionem o bem-estar e o desenvolvimento de seus residentes. Os idosos, em particular, precisam de ambientes que lhes valham e apoiem para compensar as alterações físicas e o declínio que advém com o avanço da idade. Tornar os espaços mais amigáveis aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover o bem-estar dos mais velhos, independentemente de a residência situar-se na área urbana ou rural.

O ambiente doméstico, em função das barreiras arquitetônicas têm sido listado como locais de maior perigo e risco para eventos de quedas em idosos (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014), no entanto as modificações e adaptações dos espaços envolvem, no que confere à família, o conhecimento sobre os elementos necessários e modificáveis, estrutura financeira capaz suportar os custos e a disposição da mesma em efetivar as transformações neces-

sárias.

Um ambiente propício e satisfatório para o idoso é aquele que oferece segurança, aquele que além de ser livre de risco é funcional, proporciona estímulo e controle pessoal, facilita a interação social, favorece a adaptação às mudanças e é familiar para o idoso (MESSIAS; NEVES, 2009).

4. Melhorar a avaliação, o monitoramento e a abrangência

Na avaliação, monitoramento e a abrangência citamos o Protocolo de Prevenção de Quedas, desenvolvido em conjunto pelo Ministério da Saúde, pela Anvisa e pelo Proqualis/Fiocruz, e aprovado em julho de 2013 (BRASIL, 2013). A criação de um protocolo de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações produz indicadores para monitorar o desempenho dos programas e ações.

No entendimento de Prado et al. (2014), a utilização de protocolos é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, pois as análises de informações permitem redimensionamento e adoção de estratégias com vistas a garantir a otimização da capacidade funcional. Da mesma forma, os benefícios são extensivos aos sistemas de saúde, pois permitem averiguar os padrões dos eventos quedas, se há alterações ao longo dos anos, quais os fatores mais recorrentes, entre outros. Um sistema de notificação de quedas alimentada e atualizada sistematicamente gera informações essenciais para o serviço.

A OMS enfatiza que geração de pesquisas sobre tais dados permitirá conhecimentos novos e relevantes sobre o envelhecimento e a saúde. O delineamento de estratégias requer mecanismos globais e locais para assegurar a sua tradução rápida em prática interventiva e a pesquisa pode nortear as intervenções de saúde pública baseadas na população ou políticas de saúde e políticas sociais.

Considerações Finais

Uma política pública de atenção à pessoa idosa requer ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento. Para OMS trata-se de uma necessidade urgente, algo imprescindível que pode ser feito em todos os cenários, não importa o nível de desenvolvimento socioeconômico. Em termos de prevenção de quedas, cada uma das esferas (união, estado e municípios) devem participar ativamente na implementação de programas e ações. A sociedade brasileira, nas questões que envolvem a velhice, deve abandonar o discurso de indignada ou de “piedosa”, pois ambos escondem a descrença nas políticas públicas e no Estado de Direito.

Inaugurar um novo tempo de ação e de parcerias, em cooperação entre todos, pois se os problemas são multifacetados, como os eventos de quedas, as soluções também o são. A consolidação de parcerias efetivas com as famílias, a sociedade, os setores governamentais e/ou não governamentais, poderá fortalecer políticas públicas para o envelhecimento saudável. Tal proposição exigirá mudanças essenciais, não apenas no que fazemos, mas em como pensamos e conduzimos o envelhecimento em si, seja na dimensão pessoal e ou coletiva.

Referências

- ANTES, D. L.; D'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *Epifloripa Idoso 2009. Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 2, p. 468-4914, 2013.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 1, p. 1-9, 2004.
- BOUTIN, T. et al. Vision in the global evaluation of older individuals hospitalized following a fall. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 13, n. 2, p. 187 e 115-189, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 01: **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Quedas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/quedas>>. Acesso em: 20 maio 2017.
- _____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://www.cress-se.org.br/pdfs/legislacao_idoso_8842.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.
- BUKSMAN, S. et al. **Quedas em idosos: prevenção**. projeto diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008.
- CALDAS, R. W. (Coord.). **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.
- DAMIÁN, J. et al. Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics*, v. 13, n. 6, p. 1-6, 2013.
- FANG, X. et al. Frailty in relation to the risk of falls, fractures, and mortality in older Chinese adults: results from the Beijing Longitudinal Study of Aging. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 16, n. 10, p. 903-907, 2012.
- FERNANDES, R. A. et al. Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 395-416, 2011.
- FERNÁNDEZ-GARRIDO, J. et al. Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 59, n. 1, p. 7-17, 2014.
- GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.17, n.1, p. 201-209, 2014.
- GOMES, E. C. C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.
- GRUNDSTROM, A. C.; GUSE, C. E.; LAYDE, P. M. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 54, n. 3, p. 421-428, 2012.
- HOOPS, M. L. et al. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? *Women's health* (London, England), v. 8, n. 6, p. 685-696, 2012.
- INOUE, S. K. et al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 55, n. 5, p. 780-791, 2007.
- JAGNOOR, J. et al. A qualitative study on the perceptions of preventing falls as a health priority among older people in Northern India. *Injury prevention*, v. 20, n. 1, p. 29-34, 2014.
- KARLSSON, M. K. et al. Prevention of falls in the elderly - a review. *Osteoporosis international*, v. 24, n. 3, p. 747-762, 2013.
- LANÇA, A. M. C. G. et al. Políticas públicas e os compromissos com o social. In: PIMENTEL, R. C. (Org.). **Estado, economia, trabalho e sociedade: o mosaico de uma Nação**. Franca: UNIFRAN, 2010.
- LEE, W. K.; KONG, K. A.; PARK, H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *Journal of preventive medicine and public health*, v. 45, n. 5, p. 283-290, 2012.
- MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento**, 2002.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global cidade amiga do idoso**. Genebra, 2008.
- _____. **Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. Tradução: Letícia Maria Campos. São Paulo: OMS, 2010.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO, NETO, J. **Geriatria e gerontologia**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar/Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 501-506, 2010.

PRADO, E. A. et al. **Prevenção de queda**: diretrizes clínicas protocolos clínicos. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2017

RECANELLO, C. G. et al. Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 9, n. 3, p. 7111-7117, 2015.

STEWART WILLIAMS, J. et al. Prevalence, risk factors and disability associated with fall-related injury in older adults in low- and middle-income countries: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). **BMC medicine**, v. 13, n. 147, p. 1-12, 2015.

STEVES, C. J.; SPECTOR, T. D.; JACKSON, S. H. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. **Age Ageing**, v. 41, n. 5, p. 581-586, 2012.

TINETTI, M. E.; KUMAR, C. The patient who falls: "It's always a trade-off". **JAMA**, v. 303, n. 3, p. 258-266, 2010.

UNGAR, A. et al. Fall prevention in the elderly. **Clinical cases in mineral and bone metabolism**, v. 10, n. 2, p. 91-95, 2013.

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. **World Population Prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables**. working paper no. ESA/P/WP.241. New York: United Nations, 2015.

VASTO, S. et al. Biomarkers of aging. **Frontiers in bioscience (Scholar edition)**, v. 2, n. 1, p. 392-402, 2010.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The burden of musculoskeletal diseases at the start of the new millennium. Report of a WHO scientific group**. Geneva: World Health Organization, 2003. Technical Report Series, n. 919.

_____. AGEING; LIFE COURSE UNIT. **WHO global report on falls prevention in older age**. France: WHO Library, 2007.

_____. **World report on ageing and health**. (NLM classification: WT 104). Geneva: WHO Library, 2015.