



ADEÇÃO DE IDOSOS ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS E CRENÇAS EM SAÚDE

Resumo: Analisar a associação entre a adesão às medidas preventivas (MP) de quedas de idosos e crenças em saúde. Estudo transversal, com 109 idosos de Centro de Convivência para Idosos, realizado por meio de entrevistas, com instrumentos validados. A maioria dos idosos era mulher (86,24%), viúva (37,61%), possuía de 1 a 4 anos de estudo e média de idade de 69,73 anos. Na regressão linear simples, as dimensões 3 (Percepção dos benefícios em aderir MP de quedas), 4 (Percepção das barreiras para aderir MP de quedas) e o escore total das crenças em saúde se associaram positivamente e significativamente à adesão dos idosos às MP de quedas ($p < 0,005$). Na regressão linear múltipla, essas dimensões e o escore total das crenças em saúde permaneceram associados à adesão dos idosos. Constatou-se associação positiva da adesão dos idosos às medidas preventivas de quedas com as crenças em saúde.

Descritores: Enfermagem, Saúde do Idoso, Acidentes por Quedas, Cooperação, Adesão ao Tratamento.

Adherence of the elderly to preventive measures against falls and beliefs in health

Abstract: To analyze the association between adherence to preventive measures (PM) against falls in the elderly and health beliefs. Cross-sectional study with 109 elderly people from the Elderly Living Center, conducted through interviews, with validated instruments. The majority of the elderly were women (86.24%), widowed (37.61%), had 1 to 4 years of study and an average age of 69.73 years. In simple linear regression, dimensions 3 (Perception of the benefits of adhering to PM falls), 4 (Perception of barriers to adhering to PM falls) and the total score of health beliefs were positively and significantly associated with the elderly's adherence to PM falls ($p < 0.005$). In multiple linear regression, these dimensions and the total score of health beliefs remained associated with the adherence of the elderly. There was a positive association between elderly adherence to preventive measures against falls and health beliefs.

Descriptors: Nursing, Health of the Elderly, Accidental Falls, Treatment Adherence, Compliance.

Adherencia de las personas mayores a medidas preventivas frente a caídas y creencias en salud

Resumen: Analizar la asociación entre adherencia a medidas preventivas (MP) contra caídas en ancianos y creencias sobre salud. Estudio transversal con 109 ancianos del Centro de Ancianos, realizado a través de entrevistas, con instrumentos validados. La mayoría de los ancianos eran mujeres (86,24%), viudos (37,61%), tenían de 1 a 4 años de estudio y una edad media de 69,73 años. En regresión lineal simple, las dimensiones 3 (Percepción de los beneficios de la adherencia a la MP por caídas), 4 (Percepción de las barreras para la adherencia a la MP) y la puntuación total de creencias de salud se asociaron positiva y significativamente con la adherencia de los ancianos a la MP de caídas ($p < 0,005$). En la regresión lineal múltiple, estas dimensiones y la puntuación total de creencias de salud permanecieron asociadas con la adherencia de los ancianos. Hubo asociación positiva entre la adherencia de los ancianos a las medidas preventivas contra las caídas y las creencias sobre la salud. Descritores: Enfermería, Salud del Anciano, Accidentes por Caídas, Cumplimiento, Adherencia al Tratamiento.

Joana Darc Chaves Cardoso

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta.
Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá,
Brasil.

E-mail: joanadarcchavescardoso@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1989-4043>

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo

Enfermeira. Doutora. Professora Titular.
Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá,
Brasil.

E-mail: rosemeiryapriataazevedo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7986-5768>

Annelita Almeida Oliveira Reiners

Enfermeira. Doutora. Professora Titular.
Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá,
Brasil.

E-mail: annereiners.ar@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5699-8215>

Amanda Cristina de Souza Andrade

Estatística. Doutora. Professora Adjunta.
Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá,
Brasil.

E-mail: amandasouza_est@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3366-4423>

Carla Rafaela Teixeira Cunha

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta.
Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá,
Brasil.

E-mail: ca_rafa_enf@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7084-221X>

Submissão: 26/06/2022

Aprovação: 22/02/2023

Publicação: 19/03/2023



Como citar este artigo:

Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Andrade ACS, Cunha CRT. Adesão de idosos às medidas preventivas de quedas e crenças em saúde. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):270-279. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.270-279>

Introdução

A melhor forma de reduzir a ocorrência das quedas de idosos e suas consequências é a adoção de medidas preventivas (MP)¹⁻², mas para que sejam efetivas elas precisam ser implementadas por instituições, profissionais de saúde e idosos². A esses últimos cabem adotar as MP em seu cotidiano³. No entanto, estudos têm evidenciado que um problema frequentemente encontrado é a dificuldade que eles têm em aderir às MP de quedas^{2,4-6}. Taxas de adesão dos idosos às MP de quedas podem variar de acordo com a modalidade de intervenção aplicada^{4,7}. Por exemplo, 82,9% de adesão quando são exercícios em grupo, 70% quando são intervenções para aumentar o conhecimento e 59% para modificações no domicílio⁷.

A decisão do idoso em aderir ou não às MP de quedas pode ser influenciada por múltiplos fatores que favorecem ou dificultam sua adesão. Dentre os que favorecem estão melhor saúde física e idade mais jovem⁸. Por outro lado, a falta de apoio dos profissionais ou da família⁵ e condição de saúde comprometida⁹ são alguns fatores que dificultam ou impedem a adesão.

Igualmente, as crenças dos idosos sobre quedas e sua prevenção têm se mostrado um importante fator influenciador do comportamento de adesão. No entanto, essa relação ainda não está bem estabelecida na literatura, pois há escassez de estudos que tiveram como foco a associação entre a adesão dos idosos às MP e suas crenças em saúde^{10,11}.

As crenças em saúde foram descritas em um modelo proposto no início da década de 1950 pelos psicólogos sociais Becker, Drachman, Kirsch e Rosenstock, vinculados ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos^{12,13}. O Modelo de Crenças em

Saúde (MCS) é composto basicamente por quatro dimensões: 1) Suscetibilidade percebida: crença no risco subjetivo de se ter um problema ou doença; 2) Severidade percebida: crença sobre as consequências que o problema ou doença pode acarretar; 3) Benefícios percebidos para agir: crença nos benefícios ou vantagens das recomendações para diminuir a ameaça do problema ou doença; 4) Barreiras percebidas para agir: crença nos aspectos negativos da ação recomendada para minimizar o problema, podendo impedir que a pessoa adira ao comportamento preventivo¹².

Do que se sabe, a adesão dos idosos às MP de quedas está associada a crenças mais positivas sobre os benefícios que as MP proporcionam¹¹ e à preocupação em cair¹⁴. De outro modo, investigações encontraram que idosos não aderiam às MP por acreditar que estariam admitindo sua suscetibilidade às quedas, expondo-se às consequências de estar em risco¹⁵, e por não identificar benefícios na adoção às MP de quedas¹¹. Ainda, outro estudo identificou que a crença dos idosos nos benefícios das MP de quedas não influenciou sua adesão¹⁶. Relação significativa entre a percepção de suscetibilidade a quedas e a adesão às recomendações de prevenção não foi encontrada em outra investigação¹⁰.

Assim, o questionamento que direcionou este estudo foi: Qual a associação entre a adesão às medidas preventivas de quedas e as crenças em saúde dos idosos? Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a adesão às medidas preventivas de quedas de idosos e crenças em saúde.

Material e Método

Estudo transversal, com dados de 109 idosos de um centro de convivência para idosos (CCI) do

município de Cuiabá, MT, que participaram da baseline do estudo matricial: “Intervenção educativa na adesão dos idosos às MP de quedas e crenças em saúde: estudo quase experimental”¹⁷, com objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa, embasada no Modelo de Crenças em Saúde (MCS), na adesão dos idosos às MP de quedas e nas crenças em saúde.

A população do estudo foi composta por 418 idosos que participavam das atividades do CCI. As atividades ofertadas pelo CCI abrangem atividades físicas, manuais, culturais e educacionais.

O tamanho amostral foi determinado considerando erro tipo I = 5%, ou seja, 95% de intervalo de confiança, erro tipo II = 20%, isto é, poder 80% e proporção de adesão às MP de quedas = 64,36%, obtida a partir do teste piloto. Considerando as possíveis perdas, acresceram-se ao cálculo amostral 30%, resultando em uma amostra final de 97 idosos.

Incluíram-se pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que realizavam pelo menos uma das atividades físicas. Excluíram-se os idosos que apresentaram dificuldade cognitiva e mental aferida a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Nesse teste, consideraram-se os seguintes pontos de corte: analfabeto (13 pontos); até oito anos de escolaridade (18 pontos) e mais de oito anos de escolaridade (26 pontos)¹⁸. Ao final, excluíram-se três idosos depois da aplicação do MEEM e a baseline contou com 109 idosos.

Os dados da linha de base foram coletados por meio de entrevistas no CCI, no período de junho a agosto de 2019, por entrevistadores previamente treinados. As informações sobre as características sociodemográficas e condições de saúde foram

coletadas utilizando instrumento semiestruturado que continha 31 questões. Para avaliar as crenças em saúde dos idosos foi construído um questionário pela pesquisadora principal e validado por oito juízes especialistas em geriatria e gerontologia.

Este continha 38 afirmativas, abrangendo as quatro dimensões do MCS (percepção da suscetibilidade às quedas, percepção de severidade às quedas, percepção dos benefícios em aderir às MP de quedas e percepção de barreiras para aderir às MP de quedas), com categorias de resposta do tipo Likert. As opções de respostas variavam de discordo totalmente (1 ponto) a concordo plenamente (5 pontos).

A pontuação total do instrumento variava de 38 a 190 e sua interpretação se deu da seguinte forma: maior pontuação – melhor percepção da suscetibilidade, da severidade às quedas, dos benefícios em aderir às MP de quedas e menor percepção das barreiras em aderir às MP de quedas; menor pontuação - representa pior percepção da suscetibilidade e severidade às quedas, dos benefícios em aderir às MP de quedas e maior percepção das barreiras em aderir às MP de quedas.

A adesão dos idosos foi verificada a partir de questionário validado por dez juízes, com 22 questões, divididas em medidas comportamentais de quedas (questões um a 14) e medidas ambientais (questões 15 a 22), com opções de respostas sim, não e às vezes. Todas as medidas preventivas foram baseadas na literatura científica produzida até o momento.

As variáveis do estudo foram as seguintes:

Variável resposta - adesão dos idosos às MP de quedas obtida por meio da soma dos pontos obtidos em cada resposta do idoso (variando de 1 a 22). Quando o idoso respondia que realizava corretamente

a MP, considerava-se adesão total. Quando o idoso respondia que às vezes realizava corretamente a MP correta, considerava-se adesão parcial. Obtiveram-se duas variáveis a partir da soma das respostas de todos os idosos: adesão total e adesão parcial. Para as análises, optou-se por criar uma terceira variável, denominada adesão total + adesão parcial.

Variáveis de exposição - Crenças em saúde – a pontuação da escala de crenças em saúde foi distribuída da seguinte forma: dimensão 1: percepção da suscetibilidade às quedas (afirmativas 1 a 6, soma da pontuação obtida na dimensão 1, variando de 6 a 30); dimensão 2: percepção da severidade das quedas (afirmativas 7 a 13, soma da pontuação obtida na dimensão 2, variando de 7 a 35); dimensão 3: percepção de benefícios em aderir às MP de quedas (afirmativas 14 a 28, soma da pontuação obtida na dimensão 3, variando de 15 a 75); dimensão 4: percepção das barreiras em aderir às MP de quedas (afirmativas 29 a 38, soma da pontuação obtida na dimensão 4, variando de 10 a 50) e escore total de crenças em saúde: soma da pontuação obtida nas quatro dimensões.

Variáveis de ajuste – sociodemográficas: sexo; idade e anos de estudo. Condições de saúde: uso de medicamentos; número de problemas de saúde; queda nos últimos 12 meses e orientação sobre quedas.

Os dados foram organizados utilizando-se o Programa Microsoft Excel 2010® e a análise estatística foi realizada no STATA, versão 12.0 (Stata Corp., College Station, EUA). Primeiramente, calcularam-se as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas; para variáveis contínuas, calcularam-se média e desvio-padrão. As variáveis crenças em saúde

e adesão dos idosos foram transformadas em uma escala de 0 a 100 para facilitar a comparação e interpretação dos resultados.

Para verificar a associação entre a adesão às MP de quedas e as dimensões das crenças e o escore total foram realizadas análises de regressão linear simples e múltipla. Construíram-se modelos separados para cada dimensão das crenças em saúde e para seu escore total. Para as análises de regressão, as variáveis foram transformadas em variáveis dicotômicas (0 e 1). Análises de resíduos foram realizadas para verificar os pressupostos do modelo (linearidade, homocedasticidade e normalidade dos resíduos) e identificação de valores extremos (outliers). Quando identificados, os valores extremos foram excluídos da análise. A normalidade da distribuição foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após serem informados sobre os procedimentos da pesquisa, todos os idosos que aceitaram fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa matricial obteve o número RBR-8gd5g8 do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.

Resultados

Dos 109 idosos entrevistados, a maioria eram mulher (86,24%), com média de idade de 69,73 anos (DP=6,05) e faixa etária de 60 a 69 anos (51,38%). Quanto ao estado conjugal, 37,61% dos idosos eram viúvos e 34,86% casados ou em união estável. Referente à escolaridade, 13,76% eram analfabetos e 36,70% possuíam de 1 a 4 anos de estudo. A maior parte dos idosos possuía renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (41,28%) (Tabela 1).

Em relação às condições de saúde, mais da metade dos participantes autoavaliou sua saúde como ótima ou boa. Mais de 90% dos idosos referiram pelo menos um problema de saúde e fazer uso regular de medicamentos. Os problemas de saúde mais referidos foram os osteoarticulares e reumáticos (36,19%), sendo os mais frequentes artrose/artrite/reumatismo, e 33,02% problemas cardiovasculares, principalmente

a hipertensão arterial. Os medicamentos com maior frequência de uso foram aqueles que atuam no sistema cardiovascular (42,77%), aparelho digestivo e metabolismo (22,89%). Aproximadamente, 50% dos entrevistados sofreram quedas nos últimos 12 meses e 58,72% não receberam orientações sobre quedas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e condições saúde dos idosos. Cuiabá (MT), Brasil, 2019 (n=109).

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	94	86,24
Masculino	15	13,76
Idade (anos)		
M (DP)	69,73(±6,05)	
Mín; máx	60; 88	
Faixa etária		
60 a 69 anos	56	51,38
70 a 79 anos	43	39,45
80 anos ou mais	10	9,17
Estado conjugal		
Casado ou união estável	38	34,86
Viúvo	41	37,61
Solteiro/Divorciado/Separado	30	27,53
Anos de estudo (anos)		
0 (Analfabeto)	15	13,76
1 a 4	40	36,70
5 a 8	24	22,02
≥9	30	27,52
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^(a)		
<1	6	5,50
1 a 2	45	41,28
2 a 3	35	32,11
3 ou mais	23	21,11
Autoavaliação de saúde		
Ótima/Boa	56	51,38
Regular	45	41,28
Ruim/Péssima	8	7,34
Problemas de saúde autorreferidos		
Sim	102	93,58
Não	7	6,42
Principais problemas de saúde ^(b)		
Osteoarticulares e reumáticos	114	36,19
Cardiovasculares	104	33,02
Endócrinos, metabólicos e nutricionais	44	13,97
Outros problemas	40	12,70
Psiquiátricos (depressão, insônia e ansiedade)	7	2,22
Neurológicos	6	1,90
Uso regular de medicamentos		
Sim	60	88,24
Não	8	11,76

Principais medicamentos utilizados ^(b,c,d)		
A- Aparelho digestivo e metabolismo	65	24,53
B- Sangue e órgãos hematopoiéticos	9	3,40
C- Sistema cardiovascular	116	43,77
G- Sistema genito-urinário e hormônios sexuais	1	0,39
H- Hormônios de uso sistêmicos, excluindo os hormônios sexuais	9	3,40
M- Sistema musculoesquelético	26	9,81
N- Sistema nervoso	29	10,94
R- Sistema respiratório	3	1,13
S- Órgãos sensitivos	2	0,75
V- Vários	3	1,13
Sem ATC	2	0,75
Queda(s) nos últimos 12 meses		
Não	58	53,21
Sim	51	46,79
Orientação sobre quedas		
Não	64	58,72
Sim	45	41,28

M – Média; DP – Desvio padrão; Min – Mínimo; Máx – Máximo; a) Salário mínimo – R\$ 998,00 (junho/2019, Brasil); b) Variável de múltipla resposta; c) Classificação por grupo anatômico (ATC 1); d) Para o cálculo, considerou-se número total de medicamentos por grupo anatômico.

Na análise de regressão linear simples (não ajustada), as dimensões 3 (Percepção dos benefícios em aderir às MP de quedas), 4 (Percepção das barreiras para aderir às MP de quedas) e o escore total das crenças em saúde se associaram positivamente e significativamente com a adesão dos idosos às MP de quedas (p valor= 0,002, p valor= < 0,001, p valor= < 0,001, respectivamente). As dimensões 3, 4 e o escore total das crenças em saúde explicaram a variabilidade da adesão às MP de quedas em 8,71%, 18,61%, 32,35%, respectivamente (Tabela 2). Para análise da dimensão 1 (Percepção da suscetibilidade às quedas), excluiu-se uma observação considerada valor extremo e, na dimensão 2 (Percepção da severidade das quedas), excluíram-se três observações (Tabela 2), as mesmas não se associaram às crenças em saúde dos idosos. Como anos de estudo e orientação sobre quedas são variáveis de confusão potencial, foram testadas separadamente sua associação com as crenças em saúde e adesão dos idosos às MP, não sendo encontrada associação entre essas variáveis.

Tabela 2. Análise da regressão linear simples (não ajustada) da adesão às medidas preventivas de quedas (MP) com as variáveis crenças em saúde. Cuiabá (MT), Brasil, 2019 (n=109).

Modelo ^(e)	Variável	B	IC95%	R ² (%)	p valor
1	Dimensão 1- Percepção da suscetibilidade às quedas ^(f)	0,16	-0,01; 0,33	3,32	0,059
2	Dimensão 2- Percepção da severidade das quedas ^(g)	0,19	-0,08; 0,46	1,81	0,169
3	Dimensão 3 - Percepção dos benefícios em aderir às MP de quedas	0,52	0,20; 0,85	8,71	0,002
4	Dimensão 4 - Percepção das barreiras para aderir às MP de quedas	0,27	0,16; 0,37	18,61	<0,001
5	Escore total de crenças em saúde	0,98	0,71; 1,25	32,35	<0,001

B – Coeficiente angular/linear; IC – Intervalo de confiança; R² – Coeficiente de determinação; e) Não ajustado; f) Para análise, excluiu-se uma observação considerada valor extremo (n – 108); g) Para análise, excluíram-se três observações consideradas valores extremos (n – 106).

Na análise de regressão linear múltipla, ajustada para as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e anos de estudo) e condições de saúde (uso de medicamentos, número de problemas de saúde, queda nos últimos 12 meses e orientação sobre quedas), as dimensões 3 (Percepção dos benefícios em aderir às MP de quedas), 4 (Percepção das barreiras para aderir às MP de quedas) e o escore total das crenças em saúde (p valor= 0,001, p valor= < 0,001, p valor= <0,001, respectivamente) se mantiveram associados positivamente e significativamente com a adesão dos idosos às MP de quedas. As dimensões 3, 4 e o escore total de crenças em saúde explicaram a variabilidade da adesão dos idosos em 13,95%, 21,47% e 34,59%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Análise da regressão linear múltipla da adesão às medidas preventivas (MP) de quedas com as variáveis crenças em saúde ajustadas por variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Cuiabá (MT), Brasil, 2019 (n=109).

Modelo ^h	Variável	B	IC95%	R ² (%)	p valor
1	Dimensão 1- Percepção da suscetibilidade às quedas ⁽ⁱ⁾	0,14	-0,04; 0,33	6,29	0,123
2	Dimensão 2- Percepção da severidade das quedas ⁽ⁱ⁾	0,24	-0,05; 0,53	6,29	0,102
3	Dimensão 3 - Percepção dos benefícios em aderir às MP de quedas	0,57	0,23; 0,91	13,95	0,001
4	Dimensão 4 - Percepção das barreiras para aderir às MP de quedas	0,27	0,15; 0,38	21,47	<0,001
5	Escore total de crenças em saúde	0,99	0,70; 1,28	34,59	<0,001

B – Coeficiente angular/linear; IC – Intervalo de confiança; R² – Coeficiente de determinação; h) Ajustada por variáveis sociodemográficas e condições de saúde; i) Para análise, excluiu-se uma observação considerada valor extremo (n – 108); j) Para análise, excluíram-se três valores extremos (n – 106).

Discussão

Este é um estudo que traz conhecimento científico adicional importante para a compreensão da adesão dos idosos às MP de quedas. O resultado principal encontrado foi o de que houve associação positiva da adesão dos idosos às MP de quedas com suas crenças em saúde. Estudos anteriores corroboram esse achado^{11,19}. Isso indica que quanto maior a pontuação no escore total de crenças em saúde dos idosos estudados, maior sua adesão às MP de quedas.

De acordo com o MCS, as crenças das pessoas podem influenciar positivamente ou negativamente sua tomada de decisão em aderir a comportamentos

preventivos^{12,13}. Neste estudo, a associação positiva da adesão dos idosos às MP de quedas com suas crenças em saúde sugere que eles acreditavam em sua suscetibilidade às quedas e percebiam a severidade destas, bem como suas consequências para sua vida e saúde. Além disso, acreditavam que a adoção de MP traria benefícios no sentido de diminuir a probabilidade das quedas, mesmo na presença de barreiras, como a falta de conhecimento, de tempo e dinheiro.

Outro importante achado deste estudo foi que as dimensões 3 e 4 foram responsáveis pela maior explicação da variabilidade na adesão dos idosos. Essas dimensões abrangem dois elementos

considerados essenciais para adesão a comportamentos de saúde: os benefícios e as barreiras percebidas^{12,14}.

A associação positiva da adesão dos idosos às MP de quedas com a dimensão 3 (Benefícios) indica que quanto maior a pontuação alcançada nessa dimensão, maior a adesão. Crenças positivas sobre os benefícios das MP, como protetor de quadril e exercícios de equilíbrio de força, também foram associadas positivamente com maior probabilidade de continuar aderindo^{11,19}. De fato, segundo o MCS, quanto mais benefícios a pessoa percebe em relação ao comportamento preventivo recomendado, maiores as chances de adotá-lo¹². Investigações têm mostrado que idosos que aderem às MP de quedas exibem crenças mais positivas nos benefícios dessas medidas^{11,19}. Isso reforça a necessidade de os enfermeiros avaliarem as crenças em saúde dos idosos e sua adesão às MP de quedas para a elaboração e execução do plano de cuidados visando à prevenção de quedas e melhora da adesão às MP.

Constatou-se que os participantes deste estudo percebiam benefícios em aderir às MP de quedas por se tratarem de idosos ativos fisicamente, inseridos em atividades socioculturais, educativas e de saúde no CCI. Cientes da sua suscetibilidade às quedas e da severidade delas, pode ser que eles vissem a prevenção de quedas como forma de se manterem independentes para continuarem participando ativamente das atividades.

Neste estudo, a associação positiva da adesão dos idosos às MP de quedas com a dimensão 4 (Barreiras) sugere que quanto maior a pontuação alcançada nessa dimensão, maior a adesão. Esse resultado está em conformidade com as premissas do

MCS: quanto menos barreiras a pessoa perceber em relação ao comportamento preventivo recomendado, maiores serão as chances de adotá-lo¹². Diferentemente, em outros estudos, a maior percepção de barreiras foi encontrada como um dos fatores que impediam os idosos de aderir às MP de quedas e o principal motivo para não aderirem às recomendações de prevenção^{11,17}.

Uma possível explicação para esse resultado é a de que os idosos deste estudo são participantes de CCI. Idosos de CCI costumam realizar atividades em grupo e, portanto, têm uma rede de apoio que os mobiliza em busca de autonomia, resiliência e diminuição de vulnerabilidades²⁰. Nesse espaço, os idosos compartilham experiências que podem ampliar sua consciência, auxiliando-os a encontrar juntos estratégias para modificar a realidade e superar as dificuldades e barreiras no cuidado à saúde²⁰. Contudo, mais estudos são necessários para explorar se, de fato, a participação dos idosos em CCI diminui sua percepção de barreiras em adotar MP de quedas.

Algumas limitações podem ser apontadas nesta pesquisa. Primeira, a amostra se limita a idosos que participam das atividades de CCI, refletindo, consequentemente, a realidade de um grupo com características específicas. Segunda, o delineamento utilizado neste estudo apresenta limitações particulares de estudos transversais, provenientes do recorte temporal do objeto de estudo. A última, é que a medida da adesão às MP de quedas foi obtida por meio do autorrelato dos idosos, o que pode limitar a precisão das informações fornecidas. Todavia, esse tipo de medida é considerado válido diante da impossibilidade da observação direta de comportamentos. Além do mais, os questionamentos

sobre a adesão feitos aos idosos foram adequados por meio de instrumento validado por especialistas e por outros idosos, diminuindo, assim, os efeitos dessa limitação.

Os resultados deste trabalho trazem implicações para a prática de enfermeiros que trabalham com idosos em CCI e na atenção primária à saúde. Conhecer as crenças em saúde que os idosos possuem sobre quedas e sua prevenção é uma ação fundamental que pode contribuir para a integralidade da atenção à saúde do idoso.

Conclusão

Este estudo constatou a associação positiva da adesão dos idosos às MP de quedas com as crenças em saúde. Esses resultados confirmam a relação da adesão dos idosos e suas crenças em saúde e indicam que o MCS pode ser útil para subsidiar pesquisas sobre a temática. Recomenda-se que os enfermeiros considerem as crenças em saúde dos idosos sobre quedas e sua prevenção na coleta de dados, no planejamento do cuidado e na assistência à saúde dessas pessoas.

Referências

1. Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: trend analysis. *Cien Saude Colet*. 2018;23(4):1131-1141.
2. Mittaz Hager AGM, Mathieu N, Lenoble-Hoskovec C, Swanenburg J, Bie R, Hilfiker R. Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019; 19(13).
3. Jong LD, Francis-Coad J, Wortham C, Haines TP, Skelton DA, Weselman T, et al. Evaluating audio-visual falls prevention messages with community-dwelling older people using a World Café forum approach. *BMC Geriatr*. 2019; 19(345).
4. Kirchhoff M, Damgaard K. Cognitive and physical resources are important in order to complete a geriatric fall prevention programme. *Dan Med J*. 2016; 63(1):A5175.
5. Sandlund M, Skelton DA, Poh P, Ahlgren C, Melander-Wikman A, Lundin-Olsson L. Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. *BMC Geriatr*. 2017; 17:58.
6. Hager AGM, Mathieu N, Lenoble-Hoskovec C, Swanenburg J, Bie R, Hilfiker R. Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019; 19(3).
7. Nyman SR, Victor CR. Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age Ageing*. 2012; 41(1):16-23.
8. Spink MJ, Fotoohabadi MR, Wee E, Landorf KB, Hill KD, Lord SR, et al. Predictors of adherence to a multifaceted podiatry intervention for the prevention of falls in older people. *BMC Geriatr*. 2011; 11:5.
9. Hauser E, Gonçalves AK, Martins VF, Blessmann EJ. Motivos de desistência em um programa de atividades física para idosos. *Rev Kairós*. 2014; 17(2):43-56.
10. Taylor SF, Coogle CL, Cotter JJ, Welleford EA, Copolillo A. Community-Dwelling Older Adults' Adherence to Environmental Fall Prevention Recommendations. *J Appl Gerontol*. 2019; 38(6):755-774.
11. Hancox JE, van der Wardt V, Pollock K, Booth V, Vedhara K, Harwood RH. Factors influencing adherence to home-based strength and balance exercises among older adults with mild cognitive impairment and early dementia: Promoting Activity, Independence and Stability in Early Dementia (PrAISED). *PLoS One*. 2019 May 23; 14(5):e0217387.
12. Rosenstock IM. Historical origins of Health Belief Model. *Health Educ Behv*. 1974; 2(4):328-35.
13. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health: related behaviors. *Med Care*. 1977; 15(5 Suppl):27-46.

14. Gibson K, Greene DP, Sample PL, Cabrera C. Fall Prevention: relatedness of adherence to recommendations and self-rated knowledge. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2010; 28:215-224.
15. Gopaul K, Connelly DM. Fall Risk Beliefs and Behaviors Following a Fall in Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2012; 30(1):53-72.
16. Durvasula S, Sambrook PN, Cameron ID. Factors influencing adherence with therapeutic sunlight exposure in older people in intermediate care facilities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 54(2):e234-41.
17. Cardoso, JDC. Intervenção educativa na adesão dos idosos às medidas preventivas de quedas e nas crenças em saúde: estudo quase experimental. 2020. [tese]. Mato Grosso: Universidade Federal de Mato Grosso. 2020.
18. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.
19. Blalock SJ, Demby KB, McCulloch KL, Stevens JA. Factors influencing hip protector use among community-dwelling older adults. *Inj Prev.* 2010; 16:235-239.
20. Schoffen LL, Santos WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. *Rev. Cient. Sena Aires.* 2018;7(3):160-170.