



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Samara Gonçalves de Oliveira

**Promoção da saúde de idosas com osteoporose: uma abordagem a partir do
modelo de promoção da saúde de Nola Pender**

Rio de Janeiro

2021

Samara Gonçalves de Oliveira

Promoção da saúde de idosas com osteoporose: uma abordagem a partir do modelo de promoção da saúde de Nola Pender

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Celia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

O48 Oliveira, Samara Gonçalves de.
Promoção da saúde de idosas com osteoporose: uma abordagem a partir do modelo de promoção da saúde de Nola Pender – 2021.
156 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Osteoporose. 2. Idoso. 3. Promoção da saúde. 4. Teoria de Enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. I. Caldas, Celia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Samara Gonçalves de Oliveira

Promoção da saúde de idosas com osteoporose: uma abordagem a partir do modelo de promoção da saúde de Nola Pender

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 23 de abril de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Celia Pereira Caldas (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Feio da Maia Lima
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por me capacitar e permitir concluir o mestrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus que com sua graça e misericórdia, me sustentou e deu forças para concluir este mestrado.

Ao meu marido Daniel, pelo companheirismo, e por ter sido fundamental para conclusão desta pós-graduação.

Aos meus pais Valci e Jane, irmã Raquel, meu cunhado Hugo, minha sobrinha Maitê e a toda minha família, pelo amor incondicional, por todos os conselhos que me proporcionaram durante a realização do mestrado.

A minha orientadora Dra. Célia Pereira Caldas que me acolheu e me apoiou durante todo o mestrado, pela confiança, sendo sempre solícita e atenciosa. Muito obrigada!

Ao professor Dr. Geraldo Castelar, por permitir a realização da pesquisa no cenário de estudo, por todo apoio durante a realização da pesquisa, pelas palavras de incentivo, sendo fundamental na realização desta pesquisa.

Aos profissionais que trabalham no ambulatório do cenário do estudo, pelo acolhimento e por sempre estarem prontamente dispostos a me auxiliar durante a coleta de dados.

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª. Dra. Rosimere Ferreira Santana da UFF, Profa. Dra. Claudia Feio da Maia Lima da UFRB, Prof. Dr. Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro da UERJ, Dra. Barbara Martins Corrêa da Silva da UERJ pelo interesse em contribuir com esta pesquisa, e pelos apontamentos essenciais para aperfeiçoamento do estudo.

Aos membros do grupo de pesquisa “Concepções teóricas do cuidar em saúde e enfermagem”, pelas preciosas discussões em grupo e pelo compartilhamento de saberes.

A professora Iraci por acreditar em meu potencial desde o início, pelo acolhimento, por todo aprendizado e pelas palavras de incentivo durante o mestrado.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PPGENF da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao corpo docente, pela excelência em ensino.

A coordenadora da pós-graduação, professora Dra. Lúcia Penna, por todo apoio a mim oferecido tendo sido fundamental para a realização desta pesquisa.

As professoras Dra. Sandra Pacheco e Dra. Michele Darezzo, por todo aprendizado, tendo sido essenciais em minha formação enquanto mestre em enfermagem.

Aos profissionais da secretaria, em especial a Fabíola e Débora por todo auxílio durante a realização do mestrado.

A minha tia Fátima por todo amor e cuidado desde sempre, mesmo morando tão longe.
Aos amigos do mestrado, em especial a Adriana, por todo apoio e parceria.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

RESUMO

OLIVEIRA, S. G. de. **Promoção da saúde de idosas com osteoporose: uma abordagem a partir do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**. 2021. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Essa dissertação de mestrado tem como objetivo geral analisar os comportamentos promotores de saúde adotados por idosas com osteoporose. Sendo um estudo qualitativo, a análise de conteúdo com categorias pré-estabelecidas foi utilizada como método de avaliação das informações colhidas a partir do roteiro baseado no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. Foram realizadas 25 entrevistas entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020 no ambulatório de reumatologia da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Todas as participantes do estudo eram mulheres, sendo a idade média das mesmas de 74,04 anos, e o tempo médio de conhecimento do diagnóstico de osteoporose de 17 anos. Verificou-se que 40% das idosas encontravam-se viúvas, 48% residiam sozinhas e 72 % estavam aposentadas. Em relação a escolaridade observou-se que a maioria apresentava o 1º grau completo (28%). Quanto a renda familiar, a maioria (60%) apresentava de 1 a 2 salários-mínimos. Predominaram como resultados o medo de cair (64%), a ocorrência de ao menos uma queda nos últimos 2 anos (60%), o uso de medicamentos com grau de risco II para quedas (68%), baixo consumo da quantidade mínima de cálcio diária preconizada (92%). Também foi encontrado que, 72 % das idosas apresenta cerca de 3 ou mais condições clínicas secundárias. Uma porcentagem significativa das idosas encontravam com sobrepeso (40%), sendo o valor médio do IMC entre as idosas de 26,51. Com relação ao estado menopausal, a idade média de ocorrência da menopausa foi 45,12 anos. Através da análise dos discursos oriundos das entrevistas, notou-se também um déficit de conhecimento sobre os cuidados relativos à doença, embora reconhecessem a necessidade de melhorar hábitos como realizar: atividade física regular, exposição solar e aumentar consumo de alimentos ricos em cálcio. A discussão evidenciou as características individuais das participantes bem como os comportamentos específicos, cognições e afeto capazes de influenciar a adoção de comportamentos saudáveis. Foi destacada a relevância da enfermagem gerontológica e da Atenção Básica (AB) na promoção da saúde de idosas com osteoporose. Por configurar-se como porta de entrada prioritária que coordena e gerencia o cuidado da população, é importante que na AB sejam estabelecidas metas individuais para melhora dos comportamentos de saúde e com isso prevenção das fraturas. A pesquisa demonstrou a carência da compreensão pelas idosas sobre osteoporose e sua principal consequência, a fratura, possibilitando verificar também a multiplicidade dos fatores que afetam a saúde das pessoas idosas e que por vezes, limitam o acesso a recursos importantes para o autocuidado. Foi possível compreender que ações de promoção da saúde, as idosas com osteoporose vêm adotando e precisam melhorar em seu cotidiano, sendo as principais: a busca por informações relevantes sobre osteoporose; a espiritualidade; a atividade física, a exposição solar e; o aumento do consumo diário de alimentos ricos em cálcio. Este conhecimento é importante para a atuação não apenas do enfermeiro, mas de toda equipe multidisciplinar envolvida no suporte às ações voltadas para a promoção da saúde dessas pessoas.

Palavras-chave: Osteoporose. Pessoa idosa. Promoção da saúde. Teoria de enfermagem. Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, S. G. de. **Health promotion of elderly women with osteoporosis: an approach based on Nola Pender's health promotion model.** 2021. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This master's thesis has the general objective of analyzing the health-promoting behaviors adopted by elderly women with osteoporosis. Being a qualitative study, content analysis with pre-established categories was used as a method of evaluating the information gathered from the script based on Nola Pender's Model of Health Promotion (MPS). Twenty-five interviews were conducted between December 2019 and February 2020 at the rheumatology outpatient clinic of the Piquet Carneiro Polyclinic of the Rio de Janeiro State University (UERJ). All study participants were women, their average age was 74.04 years, and the average time of knowledge of the diagnosis of osteoporosis was 17 years. It was verified that 40% of the elderly women were widows, 48% lived alone, and 72% were retired. Regarding education, it was observed that most of them had completed primary school (28%). As for family income, the majority (60%) had between 1 and 2 minimum wages. Predominated as results the fear of falling (64%), the occurrence of at least one fall in the last 2 years (60%), the use of medicines with risk grade II for falls (68%), low consumption of the minimum recommended daily amount of calcium (92%). It was also found that 72% of the elderly women presented with 3 or more secondary clinical conditions. A significant percentage of the elderly women were overweight (40%), and the average BMI value among the elderly women was 26.51. Regarding the menopausal status, the average age of occurrence of menopause was 45.12 years. Through the analysis of the speeches coming from the interviews, it was also noted a deficit of knowledge about the care related to the disease, although they recognized the need to improve habits such as regular physical activity, sun exposure and increased consumption of foods rich in calcium. The discussion highlighted the individual characteristics of the participants as well as the specific behaviors, cognitions, and affect that can influence the adoption of healthy behaviors. The relevance of gerontological nursing and Primary Care (Atenção Básica - AB) in promoting the health of elderly women with osteoporosis was highlighted. As it is configured as a priority entrance door that coordinates and manages the care of the population, it is important that individual goals are established in the PC for the improvement of health behaviors and thus the prevention of fractures. The research showed the lack of understanding by the elderly about osteoporosis and its main consequence, fractures, also enabling to verify the multiplicity of factors that affect the health of the elderly and that sometimes limit access to important resources for self-care. It was possible to understand what health promotion actions the elderly women with osteoporosis have been adopting and need to improve in their daily lives, the main ones being: the search for relevant information about osteoporosis, spirituality, physical activity, sun exposure, and increasing the daily consumption of foods high in calcium. This knowledge is important not only for the nurse, but for the entire multidisciplinary team involved in supporting actions aimed at promoting the health of these people.

Keywords: Osteoporosis. Elderly Person. Health Promotion. Nursing Theory. Nursing Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	32
Figura 2 -	Diagrama geral do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender representativo de todo o grupo de mulheres idosas com osteoporose.....	44
Figura 3 -	Fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais.....	45
Figura 4 -	Comportamento anterior relacionado.....	53
Figura 5 -	Afeto relacionado a atividade.....	56
Figura 6 -	Autoeficácia.....	58
Figura 7 -	Barreiras percebidas para ação.....	59
Figura 8 -	Benefícios percebidos para ação.....	63
Figura 9 -	Influências interpessoais.....	64
Figura 10 -	Influências situacionais.....	65
Figura 11 -	Demandas competitivas imediatas e preferências.....	68
Figura 12 -	Comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Conhecimento em anos do diagnóstico de osteoporose. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	45
Tabela 2 -	Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas/econômicas. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	46
Tabela 3 -	Perfil clínico e hereditariedade (pais com fratura de quadril) de mulheres idosas com osteoporose. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	47
Tabela 4 -	Contexto da queda e fraturas das idosas com osteoporose: medo de cair após diagnóstico, histórico de quedas nos últimos dois anos, risco de queda associado a medicamentos, fraturas prévias e medicamentos que diminuem a massa óssea. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	48
Tabela 5 -	Probabilidade nos próximos 10 anos, de sofrer fratura maior e de quadril, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico (N= 25).....	50
Tabela 6 -	Média do risco de fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico (N= 25).....	50
Tabela 7 -	Idosas com alto risco de sofrerem fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos em tratamento farmacológico, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico.....	51
Tabela 8 -	Condições clínicas prevalentes em idosas com osteoporose. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	52
Tabela 9 -	Terapêuticas em curso para o tratamento da osteoporose. Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).....	54
Tabela 10 -	Prevalência de fatores comportamentais de risco relacionados à saúde em indivíduos com osteoporose. Rio de Janeiro - 2020 (N= 25).....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
AVDs	Atividades de vida diária
CF	Capacidade Funcional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
DMO	Densidade Mineral Óssea
DP	Defensoria Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MFRS	<i>Medication Fall Risk Score</i>
MP	Ministério Público
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NTX	N-telopeptídeos reticulados do tipo I colágeno
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAP 5b	Fosfatase ácida resistente ao tartarato

UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	22
1.1	O processo de envelhecimento e sua relação com a osteoporose.....	22
1.2	Enfermagem gerontológica na atenção a pessoa idosa com osteoporose	25
1.3	Cuidados em saúde relacionados à promoção da saúde à pessoa idosa com osteoporose.....	27
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
2.1	Teoria do modelo de promoção da Saúde de Nola Pender.....	31
2.1.1	<u>Base teórica do modelo de promoção da saúde.....</u>	31
2.1.1.1	Características e experiências individuais.....	33
2.1.1.2	Conhecimentos e sentimentos relacionados ao comportamento.....	33
2.1.1.3	Compromisso com um plano de ação.....	35
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	Tipo de pesquisa.....	36
3.2	Aspectos Éticos.....	36
3.3	Cenário.....	37
3.4	Participantes da pesquisa.....	38
3.5	Coleta dos dados.....	39
3.5.1	<u>Instrumentos de coleta de dados.....</u>	39
3.5.2	<u>Variáveis sociodemográficas e clínicas utilizadas na caracterização dos participantes.....</u>	39
3.5.3	<u>Técnica de coleta dos dados.....</u>	41
3.6	Método de análise dos dados.....	42
4	RESULTADOS.....	43
4.1	Análise das características e experiências individuais.....	45
4.1.1	<u>Análise dos fatores pessoais, biológicos psicológicos e socioculturais...</u>	45
4.1.2	<u>Análise do comportamento anterior relacionado.....</u>	53
4.2	Análise do comportamento específico, cognições e afeto.....	55
4.2.1	<u>Análise do afeto relacionado à atividade.....</u>	56

4.2.2	<u>Análise da autoeficácia percebida</u>	58
4.2.3	<u>Análise das barreiras percebidas para ação</u>	59
4.2.4	<u>Análise dos benefícios percebidos para ação</u>	63
4.2.5	<u>Análise das influências interpessoais</u>	64
4.2.6	<u>Análise das influências situacionais</u>	65
4.3	Análise do resultado comportamental	68
4.3.1	<u>Análise das demandas competitivas imediatas e preferências</u>	68
4.3.1.1	Análise das demandas relacionadas a um controle baixo.....	68
4.3.1.2	Análise das preferências.....	69
4.3.2	<u>Análise do comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde</u>	69
5	DISCUSSÃO	71
5.1	A promoção à saúde diante das características e experiências individuais das idosas com osteoporose	71
5.2	A promoção da saúde diante do comportamento específico, cognições e afeto de idosas com osteoporose	77
5.3	A promoção da saúde frente o compromisso com comportamento de promoção da saúde	87
5.4	Atenção Básica como esfera do cuidado: implicações para a Enfermagem	91
5.5	Limitações da pesquisa	93
	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
	APÊNDICE B - Formulário: Caracterização das participantes	118
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista	121
	APÊNDICE D - Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação	122
	APÊNDICE E- Orçamento financeiro-2019 a 2020	123
	ANEXO A- Termo de Autorização Institucional	124
	ANEXO B - Tabela de consumo mensal e diário de alimentos ricos em cálcio	125

ANEXO C - Diagrama do MPS Entrevista E01.....	132
ANEXO D - Diagrama do MPS Entrevista E02.....	133
ANEXO E - Diagrama do MPS Entrevista E03.....	134
ANEXO F - Diagrama do MPS Entrevista E04.....	135
ANEXO G - Diagrama do MPS Entrevista E05.....	136
ANEXO H - Diagrama do MPS Entrevista E06.....	137
ANEXO I - Diagrama do MPS Entrevista E07.....	138
ANEXO J - Diagrama do MPS Entrevista E08.....	139
ANEXO K - Diagrama do MPS Entrevista E09.....	140
ANEXO L - Diagrama do MPS Entrevista E10.....	141
ANEXO M - Diagrama do MPS Entrevista E11.....	142
ANEXO N - Diagrama do MPS Entrevista E12.....	143
ANEXO O - Diagrama do MPS Entrevista E13.....	144
ANEXO P - Diagrama do MPS Entrevista E14.....	145
ANEXO Q - Diagrama do MPS Entrevista E15.....	146
ANEXO R - Diagrama do MPS Entrevista E16.....	147
ANEXO S - Diagrama do MPS Entrevista E17.....	148
ANEXO T - Diagrama do MPS Entrevista E18.....	149
ANEXO U - Diagrama do MPS Entrevista E19.....	150
ANEXO V - Diagrama do MPS Entrevista E20.....	151
ANEXO W - Diagrama do MPS Entrevista E21.....	152
ANEXO X - Diagrama do MPS Entrevista E22.....	153
ANEXO Y - Diagrama do MPS Entrevista E23.....	154
ANEXO Z - Diagrama do MPS Entrevista E24.....	155

ANEXO AA - Diagrama do MPS Entrevista E25.....	156
---	------------

INTRODUÇÃO

A ideia desta pesquisa surgiu na graduação, quando participei de um projeto de técnicas histológicas e histoquímicas do Departamento de Morfologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) sobre o processo de ossificação endocondral do tecido ósseo hígido e a sua correlação com a osteoporose. Chamou-me a atenção a interferência dos fatores relacionados aos hábitos de vida na manutenção da massa óssea. Tais fatores impactam a densidade dos ossos, podendo favorecer o desenvolvimento da doença em questão.

Buscando as evidências existentes na literatura sobre os cuidados de enfermagem para prevenção desta doença, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso intitulado: “Evidências sobre os fatores de risco associados à osteoporose e seu reflexo no cuidado de enfermagem: Revisão bibliográfica”. Neste estudo me chamou a atenção, particularmente, a prevalência desta enfermidade nas pessoas idosas.

Uma das lacunas do conhecimento observadas foi a carência de estudos sobre intervenções educativas voltadas para pessoas idosas com o intuito de promover a sua saúde óssea. Desta forma, durante a residência de enfermagem em Saúde da Família, percebi a importância de desenvolver uma proposta voltada para a prevenção da osteoporose e desenvolvi um material educativo a ser utilizado em práticas de grupo, intitulado: “Prevenindo a Osteoporose: Cartilha para o Autocuidado da Pessoa Idosa”.

Posteriormente, tive a oportunidade de realizar uma intervenção utilizando este material educativo, com pessoas idosas que frequentavam uma casa de convivência localizada na cidade do Rio de Janeiro. Durante a atividade, algumas pessoas idosas referiram apresentar osteopenia e osteoporose, e surgiram dúvidas de como cuidar-se mediante o diagnóstico destas condições. Com essa intervenção educativa, foi possível observar a importância de ações de promoção a saúde que valorizassem a pessoa como protagonista na gestão do autocuidado em relação à osteoporose.

O conceito de promoção da saúde que será utilizado neste estudo é o do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (2014). Nesta teoria de enfermagem, a Promoção da Saúde é entendida como um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial para o estado de ótima saúde (GAMA et al., 2016).

O MPS descreve a natureza multifacetada das pessoas interagindo com o meio ambiente à medida que buscam a saúde. Ele identifica fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento promotor da saúde. A promoção da saúde é vista

como uma motivação e desejo de melhorar o bem-estar. Pender afirma que processos biopsicossociais complexos motivam indivíduos a se envolver em comportamentos direcionados a melhoria da saúde (ALIGOOD, 2014).

Nessa perspectiva, observa-se o papel do enfermeiro apoiando os indivíduos na promoção de sua própria saúde. Investigar o conhecimento prévio das pessoas idosas que vivem com osteoporose sobre sua condição e promoção da sua própria saúde é importante para construir práticas educativas que abordem a pessoa como protagonista da sua própria vida.

Neste sentido, este estudo tem o propósito de contribuir com o conhecimento de enfermagem na perspectiva da promoção da saúde na velhice utilizando uma abordagem qualitativa. A utilização de um modelo de promoção da saúde, especialmente um modelo de enfermagem, torna-se fundamental para clarificar o conceito de promoção da saúde voltado para a atuação dos enfermeiros frente aos cuidados em saúde que impactam na qualidade de vida (QV) das pessoas idosas com osteoporose.

Ademais, a presente pesquisa utilizou o MPS de Nola Pender como referencial teórico porque dentre os modelos e teorias de Enfermagem, considera a pessoa e não o profissional, o protagonista na gestão de suas decisões e comportamentos sobre o estilo de vida. O MPS também considera que tais decisões são influenciadas por fatores que funcionam como facilitadores ou barreiras na adoção de comportamentos saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSON, 2014).

Esses fatores envolvem três pontos principais segundo a teoria: 1- o conhecimento prévio, características e experiências individuais; 2- sentimentos que perpassam pelos fatores pessoais, percepção dos benefícios e barreiras; 3- influências interpessoais e situacionais (SANTOS; SOARES; BERADINELLI, 2013).

À vista disso, através da abordagem do conhecimento das pessoas idosas com osteoporose sobre sua condição de saúde e promoção da sua própria saúde, é possível reconhecer seus comportamentos promotores de saúde e atuar sobre os comportamentos de risco, baseando-se no MPS de Nola Pender, para promover uma reflexão sobre os hábitos de vida relacionados à saúde óssea e discutir a prática de enfermagem na perspectiva da promoção a saúde.

Justificativa

O Brasil vem apresentando um aumento no índice de crescimento da população acima de 60 anos. A transição demográfica vem acarretando uma transição epidemiológica, com a

ampliação das pessoas idosas e predominância das doenças crônicas não transmissíveis. Esse crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, dos métodos de diagnóstico e tratamento e ao acesso à informação e meios de comunicação (TOLDRÁ et al., 2014).

O envelhecimento é um processo natural dos ciclos de vida, que nem sempre vem acompanhado de hábitos saudáveis, o que aponta para a ocorrência de problemas de saúde crônicos e/ou degenerativos (MOTA; SOUSA; AZEVEDO, 2012).

A saúde da pessoa idosa está relacionada com a capacidade de funcionar sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doença. A pessoa idosa é considerada saudável quando é capaz de funcionar sozinha, mesmo que tenha doenças. Essa capacidade de funcionar sozinha é compreendida através da análise das atividades de vida diária (AVDs), que é influenciada pelo grau de autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação da pessoa idosa. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Diante das várias alterações fisiológicas e presença de enfermidades crônicas na velhice, muitas pessoas idosas vêm apresentando prejuízos em sua funcionalidade global, perdendo sua autonomia e independência, com limitações na capacidade para cuidar de sua própria saúde, o que, conseqüentemente, prejudica a QV do indivíduo e seu processo de interação social (SANTOS et al., 2012).

Dentre as doenças crônicas que afetam as pessoas idosas estão as osteometabólicas, como a osteoporose. Para os que sofrem de osteoporose as fraturas são temidas como consequência, no entanto, não causam diretamente a morte, mas se associam ao aumento da morbimortalidade (MOTA; SOUSA; AZEVEDO, 2012).

No mundo, a osteoporose acomete aproximadamente 7% dos homens e 17% das mulheres. No Brasil, estima-se que a osteoporose afeta 10 milhões de pessoas, com prevalência de 11 a 23,8% para todos os tipos de fratura por fragilidade óssea. Sua ocorrência tende a aumentar na população com idade ≥ 65 anos, sendo de 22% para ambos os sexos (32,7% para mulheres e 5,1% para homens) (MORAES et al., 2014).

As mulheres apresentam queda acentuada de massa óssea durante a menopausa devido à queda do estrogênio (SILVA et al., 2015). Essa queda de estrogênio, pode ser atenuada com uso de terapia de reposição hormonal (TH), especialmente nas mulheres com sintomas climatéricos, antes dos 60 anos ou com menos de 10 anos de pós-menopausa. As pacientes

com indicação de TH devem ser avaliadas cuidadosamente, de forma individualizada, e a sua prescrição só deve ser feita quando o benefício suplantará o risco (RADOMINSKI et al., 2017).

Observa-se que a osteoporose é uma enfermidade pouco reconhecida e diagnosticada. Isto gera um interesse em investigar o conhecimento das pessoas idosas com osteoporose sobre a doença e a promoção de sua própria saúde (HIPÓLITO et al., 2019).

A experiência do adoecimento e as formas de lidar com ele são subjetivas e variam entre as pessoas existindo diferentes formas de encará-lo. A compreensão do indivíduo sobre sua doença a partir do seu diagnóstico, o processo do adoecimento, o contexto socioeconômico e cultural entre outros fatores, são capazes de influenciar a forma que o indivíduo irá enfrentar a doença (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

A compreensão da doença é concebida quando as pessoas compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e a doença, levando em consideração suas experiências individuais e coletivas. Esta compreensão inclui a informação que o indivíduo possui a respeito de sua condição, bem como seus sintomas, potenciais causas, provável duração, evolução no tempo e potenciais consequências. Quando o indivíduo vivencia algum sintoma, inicia-se um processo de cognição no qual a pessoa passa a comparar este sintoma com o modelo que possui sobre a doença (GOMEZ; GUTIÉRREZ; MOREIRA, 2011).

Desta forma, a saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo, devendo ser compreendida em seus múltiplos aspectos, ou seja, não é redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. A complexidade de determinantes, condicionantes e fatores envolvidos sugere a identificação de problemas mais amplos, que tradicionalmente não figuram entre os problemas médicos ou epidemiológicos, nem na linha de ação dos profissionais da saúde (BATISTELLA, 2007).

Compreender a vivência da pessoa idosa mediante o diagnóstico da osteoporose torna-se importante pois a partir de suas experiências individuais é possível discutir suas concepções sobre a doença e formas de promover saúde. Por outro lado, a promoção da saúde é uma estratégia que proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, focando no atendimento do indivíduo (coletivo e ambiente) (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

Relevância do Estudo

Esta dissertação encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem e é incluída como produto do

Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Idoso (GEPESI)-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/UERJ.

O estudo é relevante, pois contribuirá para o incremento das orientações de enfermagem à pessoa idosa com osteoporose. Tais orientações visam: promover o autocuidado considerando a pessoa idosa como protagonista de sua própria saúde; o autogoverno; a corresponsabilidade no processo terapêutico e; a prevenção dos agravos relacionados à osteoporose.

A qualidade do processo decisório é influenciada pela medida em que uma pessoa reconhece que uma decisão precisa ser tomada e subsequentemente se envolve no processo (JENSEN et al., 2018).

Ações em saúde que abordem o conhecimento prévio, barreiras e benefícios percebidos para o tratamento da osteoporose, são importantes para promover autoeficácia no enfrentamento da doença levando a uma melhoria de hábitos de vida e adesão a farmacoterapia da osteoporose (BOUDREAU et al., 2017).

O presente estudo busca fornecer subsídios para discutir a prática de enfermagem, melhorar a adesão ao tratamento da osteoporose e a qualidade da assistência a estes indivíduos, a partir do MPS de Nola Pender como referencial teórico e metodológico. Pretende-se desta forma, contribuir para uma prestação de cuidados em saúde à pessoa idosa com osteoporose sustentada em uma base teórica na perspectiva de promoção, com o protagonismo da própria pessoa que envelhece.

Para a pesquisa, almeja-se estimular o desenvolvimento de novos estudos científicos que considerem a pessoa idosa protagonista de suas decisões, considerando-a como agente ativa na perspectiva da construção de ações de promoção da sua própria saúde. Para o ensino, busca-se a ampliação de ações educativas que valorizem o protagonismo da pessoa sobre a promoção da sua própria saúde, a fim de propiciar cuidados em saúde que considerem o indivíduo como gestor de sua saúde. Diante disso, a questão que norteadora do estudo foi:

Quais comportamentos em saúde as pessoas idosas que vivem com osteoporose estão adotando para se cuidar e que fatores influenciam seus cuidados?

O objeto de estudo são os comportamentos promotores de saúde adotados pelas pessoas idosas que vivem com osteoporose e os fatores que influenciam seus cuidados.

Objetivo Geral

Analisar os comportamentos promotores de saúde adotados por idosas com osteoporose, tendo em vista a promoção da saúde, conforme o MPS.

Objetivos específicos

- a) Conhecer os comportamentos promotores de saúde adotados pelas idosas que vivem com osteoporose a partir das concepções do MPS de Nola J. Pender;
- b) Descrever os fatores que influenciam a adoção desses comportamentos promotores de saúde na perspectiva de idosas com osteoporose;
- c) Discutir ações em saúde voltadas para a melhoria dos comportamentos em saúde.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Este capítulo aborda a relação entre osteoporose e envelhecimento; a enfermagem gerontológica na atenção ao idoso com osteoporose e os cuidados em saúde relacionados à promoção da saúde de pessoas idosas com osteoporose.

1.1 O processo de envelhecimento e sua relação com a osteoporose

A longevidade populacional mundial tem despertado crescentes mudanças e desafios para os sistemas de saúde e previdência social. Em todo mundo os governos, profissionais da saúde e sociedade, buscam estratégias que possam beneficiar os indivíduos com idades mais avançadas (BELASCO; OKUNO, 2019).

Observa-se que o Brasil vem mantendo a tendência de envelhecimento. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2017, através dos dados sobre mortalidade brasileira, verificou uma expectativa de vida de 75,8 anos. Este dado significou um aumento de 30,3 anos para ambos os sexos, frente ao indicador observado em 1940 (IBGE, 2017).

O crescimento da população idosa brasileira e o aumento da esperança de vida ao nascer, representam desafios importantes para o país. A atuação sobre esse complexo perfil epidemiológico requer do sistema de saúde uma organização assistencial contínua e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A organização assistencial deve atentar-se para um importante indicador da condição de saúde das pessoas idosas: a fragilidade. Trata-se de um estado dinâmico, causado pela influência de uma série de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos, como debilidade muscular, desnutrição, risco de quedas, vulnerabilidade ao traumatismo e infecções, pressão arterial instável, fragilidade óssea e diminuição da capacidade funcional (CF). Esta condição afeta o indivíduo que sofre perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social) (FLUETI et al., 2018).

A fragilidade óssea na velhice aumenta o risco para fraturas, que podem levar a consequências graves como dor, deformidades, sequelas, restrições motoras e morte precoce e está associada a alta morbimortalidade (MARQUES et al., 2016).

Fratura por fragilidade é definida como uma fratura que ocorre como o resultado de um trauma mínimo, como uma queda da própria altura ou menor ou por trauma não identificado. As fraturas por fragilidade típicas incluem vértebras, fêmur proximal (quadril), rádio distal e úmero proximal (STOLNICKI; OLIVEIRA, 2016).

Verifica-se que a osteoporose está relacionada ao aumento da fragilidade óssea e consequentemente a um risco aumentado para fraturas, por ser uma doença esquelética sistêmica que se caracteriza por baixa massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo (KANIS et al., 2018).

Durante a vida, os ossos passam por um processo contínuo de remodelação, processo necessário para a manutenção da integridade do esqueleto e para se adaptar à evolução das forças biomecânicas, ao envelhecimento e a micro danos ósseos, até ser substituído por um osso novo, mecanicamente mais forte (SOARES; OLIVEIRA FILHO, 2017).

A remodelação óssea é definida como um processo relacionado entre a reabsorção óssea e formação óssea. Desta forma, o desacoplamento da remodelação óssea está relacionado à fisiopatologia da osteoporose, onde ocorre um desequilíbrio entre a reabsorção e formação óssea (MARQUES et al., 2016).

Para auxiliar no diagnóstico da osteoporose, se dispõe da densitometria óssea. Além do diagnóstico de osteoporose, a densitometria óssea é recomendada para monitorar a osteoporose já diagnosticada e o tratamento prescrito. A otimização do uso dos recursos para diagnóstico e tratamento da osteoporose, é possível através da ferramenta *Fracture Risk Assessment Tool* (FRAX) que identifica indivíduos que se encontram em alto risco para fraturas por fragilidade óssea nos próximos 10 anos (fraturas de quadril ou de uma fratura maior vertebral clínica, antebraço, quadril e úmero), baseando-se em fatores de risco específicos para osteoporose e correlacionando-os com a densidade mineral óssea (DMO) do colo do fêmur medida pela densitometria óssea (SOUSA; OLIVEIRA, 2020).

É sabido que a osteoporose pode ser classificada de acordo com sua causa, podendo ser primária ou secundária. A primária, que é a forma mais comum, é diagnosticada na ausência de doenças ou está relacionada a outras condições que levem à diminuição da massa óssea. A secundária é diagnosticada quando a diminuição de massa óssea é atribuída a outra doença ou está relacionada ao uso de medicamentos (BRASIL, 2014).

A osteoporose primária é subdividida em tipos I e II. Na osteoporose primária do tipo I, também conhecida por tipo pós-menopausa, existe rápida perda óssea e ocorre na mulher recentemente menopausada. A do tipo II, ou senil, é relacionada ao envelhecimento e aparece

por deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea (RODRIGUES; BARROS, 2016).

Essa condição é considerada silenciosa, pois no curso da doença os indivíduos não percebem seu desenvolvimento, uma vez que a osteoporose progride sem sintomas até que o indivíduo sofra uma fratura clínica (RADOMINSKI et al., 2017).

A prevalência da osteoporose, bem como o número de anos vividos com essa doença, gera impacto na QV, especialmente nas pessoas idosas, devido às consequências negativas ocasionadas pelas fraturas osteoporóticas, que podem levar a limitação funcional, diminuição da independência, aumento da inatividade e prejuízos no aspecto social, quando ocorre a primeira fratura (CAMARGO; BONFIM, 2017).

A osteoporose aumenta o risco para fraturas, como fraturas do corpo vertebral, fraturas incompletas, e fraturas cominutivas muito instáveis, podendo gerar sequelas muito dolorosas, declínio funcional, perda de QV e a morte (SOUZA, 2010; VANDENBROUCKE et al., 2017).

Estimativas apontam que há uma queda para um em cada três pessoas com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação. Dentre os idosos com 80 anos e mais, 40% caem a cada ano. Dos que moram em asilos e casas de repouso, a frequência de quedas é de 50% (BRASIL, 2009).

A ocorrência das quedas na velhice se relaciona com uma complexa interação de fatores de risco biológicos, associados: às mudanças devidas ao envelhecimento; em fatores de risco comportamentais, às ações humanas, emoções ou escolhas diárias; os fatores de risco ambientais que envolvem a interação das condições físicas dos indivíduos e as do ambiente que os cerca; e os fatores de riscos socioeconômicos, como desigualdades de renda, educação, habitações sem condições de saneamento básico, acesso limitado ao cuidado de saúde e assistência social em áreas prioritárias e; deficiência de recursos da comunidade (CABERLON; BÓS, 2015).

Como a osteoporose é uma condição crônica associada ao risco aumentado para fratura por fragilidade óssea e considerando que em alguns casos, as quedas em idosos ocasionam fraturas, medidas preventivas se tornam importante para que a ocorrência das quedas seja reduzida (SOARES; ANDRADE, 2019).

1.2 Enfermagem gerontológica na atenção a pessoa idosa com osteoporose

O envelhecimento é um processo contínuo de transformações, sendo único e diferente para cada pessoa que o vivencia, pois sofre influência da herança genética, do estilo de vida adotado ao longo do tempo, do ambiente, das oportunidades ou das desigualdades em saúde, além das alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas (FERREIRA; PORTELLA; DORING, 2018).

A investigação da saúde da população idosa requer abordagem ampla e multidimensional, abrangendo avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, sendo o indicador de saúde mais relevante para o idoso a Capacidade Funcional (CF) (FLUETTI et al., 2018).

Desta forma, o nível de funcionalidade da pessoa é que define o tipo de atenção à saúde que deverá receber e não mais a presença de morbidades pois, mesmo na presença dessas, o idoso pode manter suas atividades do cotidiano (CARDOSO et al., 2019).

Portanto, a integralidade do cuidado é fundamental na atenção a essas pessoas, fazendo-se necessário compreender os múltiplos fatores de ordem social, política e econômica que estão diretamente ligados ao contexto do envelhecimento daquela pessoa (MELO et al., 2019). No entanto, os modelos de atenção para os idosos precisam ser centrados na pessoa, e gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante, pois os idosos possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O enfermeiro é um profissional imprescindível no cuidado ao idoso, especialmente no processo de reabilitação, por desenvolver um cuidado sistematizado, permitindo a identificação dos problemas de forma individualizada e, assim, oportunizando um cuidado qualificado (LIRA et al., 2015).

A atenção da enfermagem na saúde da pessoa idosa inclui o apoio ao autocuidado, juntamente com sua família, promovendo sua autonomia e independência. Neste aspecto, o cuidado de enfermagem deve trabalhar propostas que contemplem a dimensão coletiva, o processo de vida e a finitude humana, vislumbrando um olhar que possibilite reflexões e transformações individuais (ELOIA et al., 2014).

É importante que o enfermeiro acolha bem o idoso ao prestar-lhe assistência para que seja possível identificar suas demandas e então, desenvolva ações com qualidade, e que visem prevenir problemas e agravos em saúde (MONTEIRO et al., 2018).

A atuação da enfermagem na atenção ao idoso com osteoporose envolve o reconhecimento de problemas associados à osteoporose e planejamento de cuidados direcionados à promoção da saúde (FARIAS; LAGO; ANDRADE, 2015).

A fratura é o principal problema associado à osteoporose, e as fraturas por quedas são eventos comuns na terceira idade. Nos idosos, as fraturas representam um risco grave, pois podem levá-los à incapacidade ou morte. Seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência (ALVES et al., 2017).

Diante deste cenário, o enfermeiro pode desenvolver ações com o intuito de orientar e auxiliar os idosos e suas famílias a respeito dos fatores de risco que os cercam, e que aumentam o risco para quedas, visando à conscientização, minimização e/ou quando possível eliminação destes fatores (GAUTÉRIO et al., 2015).

O enfermeiro deve incorporar em sua rotina diária de atendimento, a avaliação multidimensional do idoso considerando os domínios biológico, psicológico e social, a fim de investigar a ocorrência das quedas e a existência de fatores de risco que possam favorecer ou provocar esse evento, desenvolvendo ações estratégicas que visem à prevenção das quedas, proporcionando ao idoso mais segurança no seu cotidiano e menos risco de cair (PIMENTA et al., 2017).

A observação do ambiente domiciliar por exemplo, permite a identificação de fatores de risco extrínsecos envolvendo aspectos ambientais que aumentam o risco de quedas e com isso, seja possível estabelecer um plano de ação para minimizá-los ou se possível eliminá-los, pois muitos desses fatores são evitáveis (SANTOS et al., 2020).

A redução dos impactos pessoais e epidemiológicos da osteoporose está diretamente associada à capacidade de identificar, prevenir e tratar os indivíduos por ela acometidos. Dessa forma, torna-se importante que o enfermeiro esteja atualizado sobre as principais abordagens e opções terapêuticas para a promoção da saúde (STEINER; STRUFALDI; FERNANDES, 2017).

As competências do enfermeiro relacionadas às principais abordagens e opções terapêuticas à promoção da saúde envolvem: enfoque integral com avaliação do contexto psicossocial; educação em saúde; desenvolvimento de estratégias de empoderamento; prevenção agravos; avaliação do estilo de vida; promoção de parcerias entre paciente, familiares e profissionais; planejamento; e avaliação (CESTARI et al., 2016).

1.3 Cuidados em saúde relacionados à promoção da saúde à pessoa idosa com osteoporose

A promoção da saúde ocorre quando as pessoas se apropriam dos conhecimentos necessários para melhoria da sua QV e saúde, incluindo maior participação dos indivíduos no controle deste processo, envolvendo determinantes relacionados aos aspectos comportamentais e de estilo de vida, e às condições sociais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham (KESSLER et al., 2018).

O incentivo à adoção de comportamentos de prevenção aos agravos que a doença pode acarretar, como maior fragilidade óssea e risco aumentado de fraturas por baixo impacto tornam-se importantes nesse processo (SOUZA; MORAIS, 2015).

A promoção da saúde de indivíduos com osteoporose, portanto, deve abordar medidas que os encorajam a mudar comportamentos de risco para maiores perdas ósseas, como: tabagismo, etilismo, cafeína em excesso, sedentarismo, baixa ingestão de cálcio, baixa exposição solar e não adesão ao tratamento medicamentoso (FARIAS; LAGO; ANDRADE, 2015; WANNMACHER, 2004).

As características da massa óssea são geneticamente programadas, sendo importante por isso, considerar o risco individualizado e identificar fatores intrínsecos e extrínsecos que modificam o esqueleto. Desta forma, deve-se intervir sobre os fatores de risco que são modificáveis através do estímulo para a prática de atividade física, abandono do tabagismo, restrição de medicações sedativas e hipnóticas, entre outros motivos que possam contribuir para redução da massa óssea ou aumentar o risco para quedas como correção de déficits visuais e modificações no domicílio (JÚNIOR SOUZA et al., 2019).

O tabagismo é considerado fator de risco para a osteoporose, devido aos componentes químicos do cigarro, entre eles a nicotina, por atuar deprimindo a atividade dos osteoblastos (células responsáveis pela síntese dos componentes orgânicos da matriz óssea), tanto diretamente como por via hormonal. Ele tem sido também apontado como capaz de aumentar o risco de fraturas e induzir a perda de massa óssea em homens e mulheres, provavelmente, pelo seu efeito antiestrogênico, que reduz o nível de estradiol e o aumento de globulinas ligantes de hormônios sexuais (FROES; PEREIRA; NEGRELLI, 2002).

A cafeína presente no café e em bebidas à base de cola, pode também ser um fator responsável pela redução da DMO. O consumo excessivo de cafeína tem sido associado a um aumento significativo do risco de fraturas ósseas, bem como desenvolvimento de osteoporose,

pelos efeitos como a, redução da DMO, do volume ósseo e de atrasos no processo de remodelação óssea (SILVA et al., 2017).

O consumo de bebidas alcoólicas tem efeitos tóxicos no processo de formação do osso e aumento de reabsorção óssea, levando a prejuízos em sua formação devido a diminuição nos níveis de osteocalcina (proteína encontrada no osso) e mudanças histomorfométricas. Indivíduos com alta dependência do consumo de bebidas alcoólicas tendem a apresentar os níveis de vitamina D no sangue reduzidos independentemente da presença de qualquer doença hepática. O consumo de bebidas alcoólicas também pode interferir nos níveis de hormônios estrogênicos que tem grande papel na formação óssea (FROES; PEREIRA; NEGRELLI, 2002).

A exposição solar permite a absorção da quantidade necessária de vitamina D para a maioria das pessoas e em comparação com a ingerida, a vitamina D sintetizada através da pele, pode permanecer o dobro do tempo no sangue. Em idosos, a capacidade de sintetizar vitamina D pela exposição à luz solar encontra-se diminuída, em decorrência da pele perder progressivamente sua eficiência de síntese. Portanto, a redução da concentração de vitamina D em idosos encontram-se reduzidas, fato que pode ser agravado pela menor exposição solar (PETERS; MARTINI, 2014).

Por isso, é necessária a exposição ao sol para obtenção de vitamina D, evitando o horário 10h às 16h e sempre com proteção solar, incluindo filtros cosméticos, óculos escuros e chapéu, sendo indispensáveis até em dias nublados (INCA, 2010). A exposição solar da face, tronco e braços antes das 10 horas ou após as 16 horas por no mínimo 15 minutos, 2-4 vezes por semana é recomendada, salvo por contraindicação dermatológica (BRASIL, 2014).

A alimentação do brasileiro costuma ser pobre em vitamina D, especialmente entre os idosos. A vitamina D pode ser obtida a partir de fontes alimentares, por exemplo, óleo de fígado de bacalhau e peixes gordurosos (salmão, atum, cavala), gema de ovo, cogumelos frescos e algumas verduras (MAEDA et al., 2014). Esta vitamina D traz grandes benefícios para a absorção do cálcio e saúde óssea, atuando no desempenho muscular, no equilíbrio e assim, reduzindo o risco de queda. Recomenda-se a ingestão diária de 800-1.000 UI para adultos com 50 anos ou mais (BRASIL, 2014).

A ingestão adequada de cálcio também é importante no tratamento da osteoporose. Para adultos acima de 50 anos, a ingestão diária recomendada é de 1200mg. Em indivíduos com intolerância à lactose ou que, por outros motivos, não atinjam a recomendação diária, a suplementação de cálcio é necessária (RADOMINSKI et al., 2017).

A principal fonte de cálcio para a maioria das pessoas é o leite e seus derivados, que podem ser facilmente incorporados ao hábito da população. Porém, existem outros alimentos que são fontes deste mineral: camarão, sardinha, mamão formosa, laranja lima, verduras verdes escuras (PETERS, MARTINI, 2014).

Quanto a atividade física, observa-se que em qualquer idade ela estimula a formação óssea e é fundamental no tratamento da osteoporose, contribuindo para melhoria da saúde, da QV, reduzindo a morbidade e a mortalidade (BARREIRO et al., 2013; LUZ, 2015).

O tecido ósseo está relacionado a ação dos músculos sobre o osso, assim, exercícios gravitacionais são mais efetivos. Os aeróbicos, de fortalecimento muscular e para melhora da propriocepção demonstram ser um programa ideal de atividade física para redução da incidência de quedas. Quando de baixo impacto, como caminhadas, estimulam a formação osteoblástica e previnem a reabsorção; já os exercícios com pesos leves aumentam a massa muscular e a força dos músculos esqueléticos (GALI, 2001).

Com relação aos fármacos para osteoporose, alguns fatores podem interferir na adesão pelo fato de a doença ser silenciosa. Todos os fatores precisam ser levados em consideração na promoção a saúde destes indivíduos (BRASIL, 2014).

A melhoria do ambiente doméstico para minimizar o risco de quedas e prevenir as fraturas é importante na promoção à saúde de idosos com osteoporose, e envolvem algumas ações: instalação de suportes, corrimão e outros acessórios de segurança; uso de tapetes antiderrapantes no banheiro e em locais com pisos escorregadios, evitar tapetes soltos; e ter vigilância com escadas e degraus (CUNHA et al., 2011).

Orientações para prevenção de quedas vão envolver: realização frequente de exames oftalmológicos; manter uma lista atualizada de todos os medicamentos que faz uso; fazer uso dos medicamentos prescritos nos horários corretos; ter cuidados com os calçados (uso de sapatos com sola antiderrapante, substituição de chinelos deformados ou muito frouxos e evitar sapatos altos; não andar de meias pela casa) (INTO, 2015).

Outras orientações envolvem: manter a casa bem iluminada, especialmente no caminho ao banheiro, colocando também uma lâmpada, um telefone e uma lanterna perto de sua cama; dormir em uma cama na qual o idoso consiga subir e descer facilmente; guardar roupas e utensílios domésticos de uso regular em lugares de fácil acesso; manter casa organizada, evitando objetos espalhados pelo chão; móveis dispostos de maneira que caminhe pela casa sem dificuldades (INTO, 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da QV (MALTA et al., 2018).

Ações voltadas para promoção da saúde da pessoa idosa são cada vez mais requeridas e imprescindíveis para a construção de um envelhecer saudável, especialmente face às demandas crescentes do envelhecimento populacional como adoção de estratégias efetivas para o enfrentamento de doenças evitáveis relacionadas ao envelhecimento, como as doenças osteometabólicas, a exemplo da osteoporose que se destaca no cenário de doenças relacionadas à velhice (SANTOS et al., 2018).

Para isso, torna-se importante investigar o conhecimento prévio das pessoas idosas que vivem com osteoporose, sobre a doença e a promoção da sua própria saúde através do reconhecimento das barreiras e benefícios percebidos para a adoção de comportamentos promotores de saúde, da autoeficácia percebida, das características e experiências individuais, das influências interpessoais e situacionais, das condições facilitadoras e fatores contextuais.

Todos esses fatores oferecem subsídios acerca da osteoporose para um agir consciente e responsável podendo influenciar a tomada de decisão na elaboração de ações para a promoção da própria saúde, uma vez que gera conscientização e reconhecimento sobre os fatores atrelados a doença.

Por meio da utilização de modelos e teorias de promoção da saúde, torna-se possível contribuir para a promoção da reflexão, conhecimento e decisão nos atos de cuidar e agir, favorecendo o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

Para a fundamentação teórica deste estudo optou-se pela Teoria do MPS, desenvolvida por Nola J. Pender, enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan nos Estados Unidos por ser uma teoria voltada à promoção da saúde, ao enfatizar o papel central do indivíduo na gestão dos seus comportamentos (GAMA, 2017).

2.1 Teoria do modelo de promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo Teórico de Nola Pender aborda fatores influenciadores dos comportamentos de saúde, como: barreiras e benefícios percebidos para a ação, autoeficácia percebida, características demográficas e biológicas, influências interpessoais, influências situacionais e fatores comportamentais, condições facilitadoras e fatores contextuais (PENDER; MURDAUGH; PARSON, 2014).

O MPS de Nola Pender propõe uma estrutura para integrar as perspectivas da enfermagem e ciência comportamental com fatores que influenciam os comportamentos de saúde, com vistas a explorar os complexos processos biopsicossociais motivadores a indivíduos em se envolver em comportamentos voltados para o aprimoramento da saúde. Enfatizar o papel ativo do indivíduo na gestão de comportamentos de saúde, retrata as naturezas multifacetadas das pessoas interagindo com o meio ambiente enquanto buscam a saúde, fornecendo clareza e maior compreensão da complexidade dos fenômenos comportamentais direcionados à saúde (ALLIGOOD, 2014).

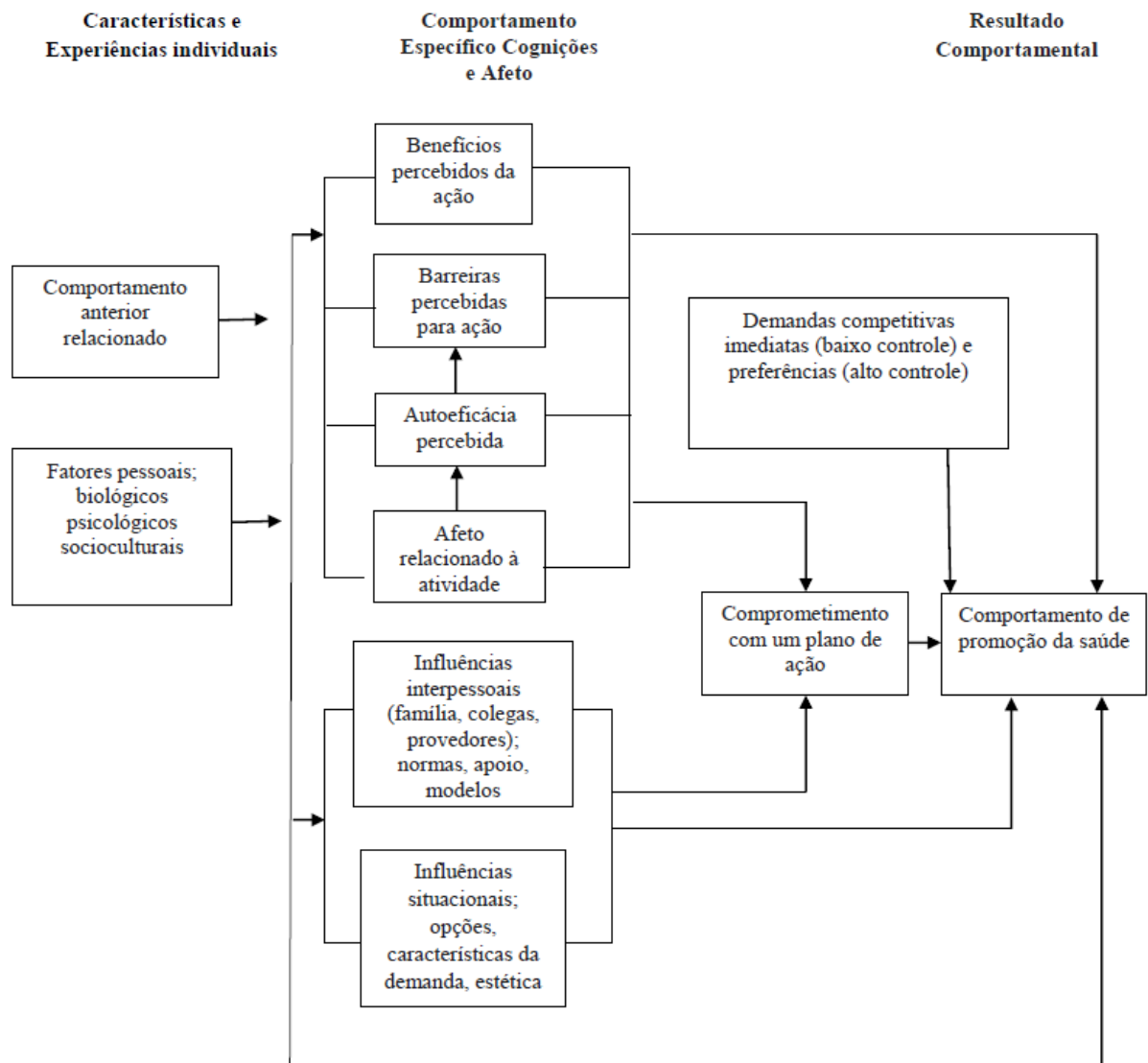
Esta teoria enfatiza a ligação entre características e experiências pessoais, conhecimento, crenças e aspectos situacionais ligados a comportamentos de saúde ou que se pretendem alcançar, através da avaliação dos fatores pessoais; percepção dos benefícios e barreiras; influências interpessoais e situacionais. É um modelo motivacional para entender os principais determinantes dos comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSON, 2014).

2.1.1 Base teórica do modelo de promoção da saúde

O MPS é uma tentativa de descrever a natureza multidimensional das pessoas que interagem com seus ambientes interpessoais e físicos à medida que buscam a saúde. Ele integra construções da teoria do valor da expectativa e da teoria cognitiva social, dentro de uma perspectiva de enfermagem do funcionamento humano holístico. A teoria se embasa em três componentes chaves: características e experiências individuais, conhecimentos e sentimentos relacionados ao comportamento e compromisso com um plano de ação. A Figura 1 apresenta o diagrama do MPS de Nola Pender. A seguir, logo após a apresentação do

diagrama são expostos de forma mais detalhada os elementos da teoria de base de Pender; Murdaugh; Parson (2014):

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção à Saúde de Nola Pender



Fonte: PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014 (traduzido pela autora)

2.1.1.1 Características e experiências individuais

Cada pessoa tem características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. A importância do seu efeito depende do comportamento alvo a ser considerado. Características e experiências individuais incluem o comportamento prévio e os fatores pessoais.

O comportamento prévio é capaz de influenciar indiretamente o comportamento de promoção da saúde por meio de percepções de autoeficácia, barreiras, benefícios e afeto relacionado à atividade. O efeito direto do comportamento passado no comportamento atual de promoção da saúde pode ser devido à formação de hábito, predispondo a pessoa a se engajar no comportamento automaticamente com pouca atenção aos detalhes específicos de sua execução. A força do hábito persiste e é reforçada a cada vez que o comportamento ocorre devido à prática repetitiva do comportamento.

Os fatores pessoais relevantes preditivos de um determinado comportamento são moldados pela natureza do comportamento e são categorizados como: biológicos, psicológicos e socioculturais. Exemplos de fatores biológicos incluem idade, índice de massa corporal (IMC), estado menopausal, capacidade aeróbica, força, agilidade ou equilíbrio. Fatores psicológicos incluem autoestima, automotivação e estado de saúde percebido. Os fatores socioculturais incluem raça, etnia, aculturação, educação e status socioeconômico.

2.1.1.2 Conhecimentos e sentimentos relacionados ao comportamento

Os conhecimentos e sentimentos relacionados ao comportamento são variáveis específicas do comportamento, consideradas de grande importância motivacional e podem ser modificadas por meio de intervenções - benefícios percebidos, barreiras percebidas, autoeficácia percebida, afeto relacionado à atividade, influências interpessoais e influências situacionais.

Os benefícios percebidos da ação são representações mentais das consequências positivas ou reforçadoras de um comportamento. Envolvem a expectativa do indivíduo relacionada a um comportamento adotado e aos benefícios esperados. Os benefícios

percebidos são propostos para motivar direta e indiretamente o comportamento, determinando a extensão do compromisso com um plano de ação para se engajar nos comportamentos.

As barreiras são, frequentemente, vistas como bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais de assumir determinado comportamento. Geralmente, despertam motivos para evitar um determinado comportamento devido à perda de satisfação em desistir de comportamentos prejudiciais à saúde, como por exemplo: parar de fumar em vez de adotar um estilo de vida mais saudável também. Quando a prontidão para agir é baixa e as barreiras são altas, é improvável que ocorra uma ação. Afetando diretamente o comportamento de promoção da saúde, por reduzir o comprometimento com um plano de ação.

A autoeficácia percebida, é o julgamento da capacidade pessoal de organizar e realizar um determinado curso de ação, de suas habilidades para atingir um determinado nível de desempenho, sendo capaz de motivar o comportamento de promoção da saúde diretamente pelas expectativas de eficácia e indiretamente afetando as barreiras percebidas e o nível de comprometimento com um plano de ação.

Os sentimentos relacionados à atividade consistem em três componentes: o despertar emocional para o ato em si, a ação para si mesmo e o ambiente em que a ação ocorre. Os estados de sentimento subjetivo ocorrem antes, durante e após uma atividade, com base nas propriedades de estímulo associadas ao evento comportamental. O afeto associado ao comportamento reflete uma reação emocional direta ou uma resposta ao comportamento, que pode ser positiva ou negativa. É provável que os comportamentos associados ao afeto positivo sejam repetidos, ao passo que aqueles associados ao afeto negativo de certo serão evitados.

As influências interpessoais são cognições que envolvem os comportamentos, crenças ou atitudes dos outros. As fontes primárias de influência interpessoal nos comportamentos de promoção da saúde envolvem: família, companheiro (a) e prestadores de cuidados de saúde. As influências interpessoais incluem normas sociais (expectativas das pessoas mais importantes), apoio social (incentivo instrumental e emocional) e modelagem (aprendizagem indireta através da observação de outros).

As influências situacionais no comportamento de promoção da saúde incluem percepções das opções disponíveis, características da demanda e características do ambiente em que um dado comportamento é proposto. Os indivíduos são atraídos e executam com mais competência em situações ou contextos ambientais em que se sentem compatíveis, relacionados, seguros e tranquilos. Podem influenciar direta e indiretamente o comportamento de saúde, por serem considerados uma chave importante para desenvolver estratégias novas e

mais eficazes no intuito de facilitar a aquisição e manutenção de comportamentos promotores de saúde em diversas populações.

2.1.1.3 Compromisso com um plano de ação

O comprometimento com um plano de ação implica os seguintes processos cognitivos: (1) compromisso de realizar uma ação específica em um determinado momento e local e com pessoas específicas ou sozinho e (2) identificação de estratégias definitivas para executar e reforçar o comportamento. A identificação de estratégias específicas a serem usadas visa energizar e reforçar comportamentos de saúde de acordo com as preferências individuais.

As demandas e preferências concorrentes imediatas afetam diretamente a probabilidade de ocorrência de comportamento de saúde, interferindo nos efeitos do comprometimento. Há uma variação na capacidade dos indivíduos em manter a atenção e evitar a interrupção dos comportamentos de saúde.

O comportamento de promoção da saúde é o ponto final ou o resultado da ação no modelo de promoção da Saúde. O comportamento de promoção da saúde é, em última instância, direcionado para a obtenção de resultados positivos para a saúde do indivíduo. Comportamentos promotores de saúde, particularmente quando integrados a um estilo de vida saudável, resultam em melhoria da saúde, melhora da CF e melhor QV em todos os estágios de desenvolvimento. O modelo MPS contribui significativamente no alcance de comportamentos de saúde em enfermagem e saúde pública.

As barreiras à mudança são construções centrais no modelo de promoção da saúde. O gerenciamento das barreiras para mudar os comportamentos é facilitado trabalhando com o cliente para minimizar ou eliminar as barreiras à ação. Barreiras internas podem incluir as seguintes: Objetivos não claros de curto e longo prazo; falta de conhecimento e/ou habilidades necessárias para fazer mudanças; falta de recursos; percepções de falta de controle; falta de motivação; falta de suporte.

Barreiras como essas geralmente precisam ser abordadas no início do processo de mudança usando a consciência através de autoreavaliações antes de iniciar a mudança. A reflexão sobre os hábitos percebidos como comportamentos que se tornam automáticos com pouco esforço consciente facilita na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis.

3 METODOLOGIA

Este capítulo discorre sobre o caminho metodológico traçado para a construção da pesquisa: e envolve os passos da investigação, a opção de escolha pela pesquisa qualitativa, as técnicas e os procedimentos para coleta de dados, incluindo os participantes da pesquisa.

3.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa buscou investigar o comportamento das pessoas idosas que vivem com osteoporose, sobre a doença e a promoção da sua própria saúde. A pesquisa valoriza e demonstra a relevância das subjetividades para atender as necessidades em saúde desses indivíduos, conduzindo assim a pesquisa, para a adoção de uma pesquisa de caráter qualitativo.

Desta forma, a pesquisa apresentou abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Este tipo de abordagem importante para a aprofundamento do conhecimento acerca da promoção da saúde de pessoas idosas que vivem com osteoporose, com o intuito de melhorar comportamentos em saúde na velhice e contribuir para a qualidade do atendimento a esse grupo de pessoas (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a identificação das experiências singulares para aprimoramento das práticas em saúde e o desvelamento dos sentidos que orientam as ações, as interações humanas e a possibilidade de desconstrução da dicotomia entre objetividade e subjetividade (TAQUETTE; VILLELA, 2017).

Diante do exposto, o tipo de pesquisa utilizado se justifica por ser o mais adequado, uma vez que busca conhecer os comportamentos promotores de saúde que as idosas com osteoporose adotam, sendo atitudes influenciadas por suas subjetividades.

3.2 Aspectos éticos

Todas as participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo. A participação das idosas foi voluntária e gratuita após a apresentação e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme determinação da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução 510/2016, atendendo aos preceitos da ética, obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos.

Foram informados às participantes os riscos da pesquisa bem como seus benefícios. A partir do consentimento, as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Para evitar a quebra de sigilo e confidencialidade dos depoimentos, o nome das participantes do estudo foi mantido em sigilo e substituído por um código.

Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa e serão divulgados em eventos e/ou produções científicas, mas a identidade dos participantes não será divulgada.

O projeto obteve a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UERJ (COEP), com o protocolo CAAE 18921219.4.0000.5282 e parecer consubstanciado n° 3.825.061.

3.3 Cenário

A pesquisa foi realizada no ambulatório de reumatologia da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), situada no bairro de São Francisco Xavier, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, que realiza atendimento ambulatorial a pessoas com doenças reumáticas: osteoartrite, fibromialgia, osteoporose, gota, tendinites e bursites, febre reumática e artrite reumatoide.

As doenças reumáticas têm gerado um maior interesse e preocupação por parte da sociedade pelo aumento da expectativa de vida e os agravos clínicos destas condições, pelos prejuízos na CF e na QV. Nas pessoas idosas, uma série de doenças reumáticas importantes tem maior incidência, a exemplo da osteoporose (GOLDENBERG, 2008).

O ambulatório de reumatologia da referida policlínica conta com o atendimento de indivíduos com condições crônicas, por meio de encaminhamento via Sisreg e/ou interno. Desta forma, indivíduos com osteoporose realizam consultas periódicas, exames de rotina e monitoração do tratamento.

3.4 Participantes da pesquisa

No que concerne à técnica de amostragem, foi adotada a técnica não probabilística de amostragem intencional por julgamento (NOBRE et al., 2017). Para a pesquisa foram selecionadas apenas mulheres idosas com idade maior ou igual a 60 anos com diagnóstico de osteoporose baseado no critério clínico (idosas com fatores de risco que apresentem fratura osteoporótica) ou densitométrico (idosas que apresentem exame densitométrico com escore T igual ou inferior a -2,5) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014).

A escolha desta população para o estudo se justifica pelo fato de mulheres idosas serem mais afetadas por esta condição do que homens idosos, devido a deficiência estrogênica mais intensa na pós-menopausa, o que impacta de forma significativa na DMO (BEZERRA et al., 2016; GURBAN et al., 2019; SILVA et al., 2015).

Participaram do estudo 25 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa: ser idosa (idade superior ou igual a 60 anos), de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03); e ter o diagnóstico de osteoporose. Os critérios de exclusão incluíram: possuir diagnóstico de outras patologias que causassem dor incapacitante ou qualquer comprometimento para a expressão verbal do pensamento. Os diagnósticos médicos necessários para definir se a participante atendia aos critérios de inclusão ou de exclusão do estudo, foram realizados pelos médicos responsáveis pelo acompanhamento das idosas no ambulatório e identificados nos prontuários.

O recrutamento das participantes ocorreu através da visita ao ambulatório de reumatologia nos dias em que ocorriam as consultas médicas agendadas para acompanhamento da osteoporose. Antes ou após as consultas médicas, a pesquisadora se apresentou, explicou a pesquisa e seu objetivo às idosas, convidando-as a participar da pesquisa. Para as idosas que aceitaram participar da pesquisa foi oferecido um TCLE (APÊNDICE A1), conforme determinação da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Após a assinatura do TCLE, foi aplicado um formulário, destinado à caracterização das participantes (APÊNDICE B).

3.5 Coleta dos dados

Este capítulo discorre sobre os instrumentos e as técnicas utilizadas para coleta de dados, bem como as variáveis levantadas para caracterização dos participantes.

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos para a caracterização dos participantes (APÊNDICE B). Para o levantamento do comportamento de promoção da saúde foi utilizado um roteiro de entrevista baseado nos elementos do MPS de Nola Pender (APÊNDICE C), um formulário para estabelecimento do plano de ação conjunto (APÊNDICE D) e o site “<https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/>” para calcular a probabilidade de cada idosa sofrer fraturas maiores e de quadril nos próximos dez anos, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX com valor densitométrico.

Fratura maior envolve fratura clínica vertebral, em antebraço, úmero e quadril. A fratura por baixa massa óssea pode ocorrer por pequenos traumas, sendo denominada fratura por fragilidade. Pequeno trauma, ou trauma de baixa energia, é conceituado como sendo um trauma equivalente a cair da própria altura (ZERBINI, 2019).

3.5.2 Variáveis sociodemográficas e clínicas utilizadas na caracterização dos participantes

As variáveis sociodemográficas evidenciadas no estudo foram: faixa etária, região habitacional, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, arranjo domiciliar, ocupação e renda familiar.

As variáveis clínicas envolveram: tempo de descoberta da doença quer por fratura quer por exame de densitometria, história familiar de pais com fratura de quadril, tratamento medicamentoso para osteoporose, DMO do colo do fêmur, presença de outras doenças crônicas, medicações de uso contínuo para tais doenças, idade, idade na menopausa, se sofreu quedas nos últimos dois anos, fraturas por fragilidade óssea após o diagnóstico de osteoporose,

se possui medo de cair, IMC, prática de atividade física, consumo de alimentos ricos em cálcio, se ingere bebidas alcólicas, se é tabagista, se consome bebidas ricas em cafeína regularmente, se realiza exposição solar. A partir dos dados, a menopausa considerada precoce identificada foi a que ocorreu abaixo dos 40 anos e tardia quando ocorreu após os 50 anos (CURTA; WEISSHEIMER, 2020).

O histórico de fraturas por fragilidade óssea após o diagnóstico de osteoporose e a DMO do colo do fêmur foram dados acessados por meio de exames registrados no prontuário eletrônico.

O IMC das idosas foi obtido através da avaliação dos dados antropométricos colhidos pelas técnicas de enfermagem do ambulatório no dia da consulta. O IMC foi classificado de acordo com os pontos de corte do IMC estabelecido para pessoas idosas (LIPSCHITZ, 1994).

Para calcular a probabilidade de cada participante da pesquisa sofrer fratura nos próximos dez anos, foi realizado um cálculo através da correlação dos fatores de risco com a DMO do fêmur medida pela densitometria óssea, utilizando a ferramenta FRAX®.

O risco para fratura foi calculado através de dados como idade, sexo, IMC, e fatores de risco como história de fraturas por fragilidade óssea, história familiar de fratura de quadril, fumo, uso prolongado de corticoides, artrite reumatoide, outras causas de osteoporose secundária e alto consumo de álcool (SOUSA; OLIVEIRA, 2018).

Considerando que o risco de quedas está associado a vários fatores, dentre eles, o uso de medicações, esta pesquisa buscou avaliar o risco de quedas relacionado ao uso de medicamentos, através da escala *Medication Fall Risk Score* (MFRS). Por meio desse instrumento, os medicamentos que aumentam o risco de queda estão organizados em classes terapêuticas sendo atribuído 1 para medicamentos de baixo risco – diuréticos; 2 para medicamentos de médio risco - anti-hipertensivos, medicamentos cardíacos, antiarrítmicos e antidepressivos; e 3 para medicamentos de alto risco – analgésicos (narcóticos/opioides), antipsicóticos, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos (BEASLEY; PATATANIAN, 2009).

A análise do consumo de alimentos ricos em cálcio foi realizada através do cálculo do consumo mensal e posteriormente consumo diário de alimentos ricos em cálcio de cada participante (ANEXO A2). Este cálculo foi baseado no fascículo Cálcio (FRANÇA; MARTINI, 2018) e na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2011).

3.5.3 Técnica de coleta dos dados

Para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos utilizou-se um formulário previamente desenvolvido voltado para caracterização das participantes; também foi acessado o prontuário eletrônico e; obtido dados antropométricos colhidos pelas técnicas de enfermagem do ambulatório no dia da consulta.

O MPS de Nola Pender foi adotado como referencial teórico-metodológico para a condução da entrevista e análise dos dados (PENDER; MURDAUGH; PARSON, 2014).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de acordo com a disponibilidade momentânea das participantes em uma sala do ambulatório da policlínica, por ser um local de fácil acesso e não ter contato com o meio externo para proporcionar às participantes um ambiente agradável. Foi importante realizar as entrevistas com flexibilidade e abertura, de forma que, apesar de existir um roteiro, as participantes pudessem expressar suas emoções e opiniões livremente.

Segundo Marconi e Lakatos (2017) a entrevista semiestruturada oferece algumas vantagens como: pode ser realizada com indivíduos analfabetos ou alfabetizados; permite a possibilidade de avaliar atitudes e condutas, registrar reações, gestos e; possibilita ao entrevistador repetir ou esclarecer perguntas para o entrevistado.

Ao final de cada entrevista, a pesquisadora desenvolveu um plano de ação com cada participante, tendo em vista a melhoria dos comportamentos de promoção à saúde, sendo esse momento considerado enriquecedor, uma vez que elas adicionavam informações relevantes acerca da temática da investigação e refletiam sobre seus comportamentos em saúde que poderiam ser melhorados.

As entrevistas foram gravadas tendo duração em média de 50 minutos e transcritas na íntegra no programa Word para Windows. A fim de resguardar o anonimato das participantes, foram identificadas por números de acordo com a ordem das entrevistas (E01 a E25).

Os dados foram colhidos de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, quando foi observado que os dados estavam saturados. A saturação foi identificada, por meio de repetições temáticas nos discursos das entrevistadas, o que denota a suficiência dos dados colhidos (NASCIMENTO et al., 2018).

3.6 Método de análise dos dados

Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados por meio de estatística descritiva (percentagens e tendência central).

A análise das entrevistas foi conduzida através da construção de um diagrama de promoção da saúde de Nola Pender para cada participante (ANEXO A3 ao A27) e, posteriormente, construído um diagrama representativo de todo o grupo de participantes, representando o MPS para pessoas com osteoporose, no qual cada item da Teoria foi contemplado, envolvendo a análise das características e as experiências individuais, sentimentos e conhecimento acerca do comportamento específico e o de promoção da saúde desejável, assim como descritos na Teoria.

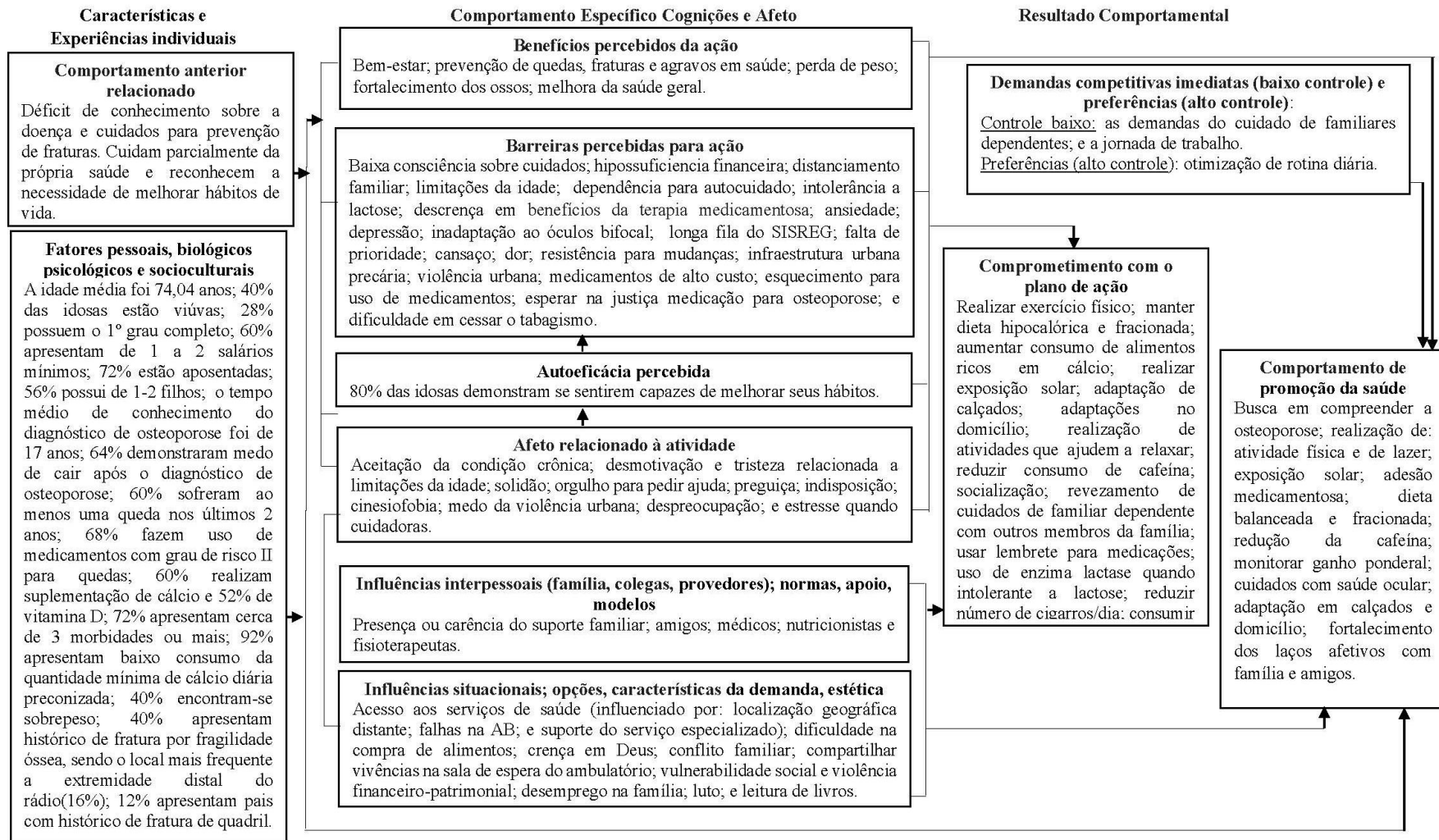
Portanto, as categorias de análise foram pré-estabelecidas, sendo estas cada elemento do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, conforme o método de análise de conteúdo com categorias pré-estabelecidas (BARDIN, 2016; FRANCO, 2008).

A interpretação e a discussão dos resultados se sustentam no referencial teórico do estudo, que é o modelo teórico de promoção da saúde de Nola J Pender. Os discursos oriundos das entrevistas foram categorizados, a partir dos temas que constituem os elementos do Diagrama de Nola J. Pender.

4 RESULTADOS

Após analisar os depoimentos das participantes e os diagramas individuais, foi construído um diagrama geral (Figura 2) representativo de todo o grupo de idosas com osteoporose atendidas no serviço ambulatorial, de acordo com o modelo teórico de promoção da saúde de Nola J. Pender. Este diagrama sintetiza todos os resultados quantitativos e qualitativos, que serão descritos na sequência, de acordo com cada elemento do Modelo teórico.

Figura 2 - Diagrama geral do MPS representativo de todo o grupo de mulheres idosas com osteoporose



Fonte: A autora, 2020.

4.1 Análise das características e experiências individuais

Nesta categoria são apresentadas as características e experiências individuais, que envolvem a análise dos fatores pessoais e do comportamento anterior relacionado, que são aspectos que exercem impacto nas ações e comportamentos de saúde.

4.1.1 Análise dos fatores pessoais, biológicos psicológicos e socioculturais

Neste tópico serão apresentados os resultados dos fatores pessoais, biológicos, que fazem parte do primeiro elemento do diagrama, conforme a Figura 3.

Figura 3 - Fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais

Fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais
A idade média das mesmas de 74,04 anos; 40% das idosas são viúvas; 28% possuem o 1º grau completo; 60% apresentavam de 1 a 2 salários mínimos; 72% são aposentadas, 56% possui de 1-2 filhos; tem 17 anos de tempo médio de conhecimento do diagnóstico de osteoporose; 64% demonstrou medo de cair após o diagnóstico de osteoporose; 60% sofreu ao menos uma queda nos últimos 2 anos; 68% fazem uso de medicamentos com grau de risco II para quedas; 60% realiza suplementação de cálcio e 52% de vitamina D; 72% apresenta cerca de 3 morbidades ou mais; 40% encontram-se sobrepeso; 40% apresenta histórico de fratura por fragilidade óssea, sendo o local mais frequente a extremidade distal do rádio(16%).

Fonte: A autora, 2021.

A análise dos fatores pessoais, incluiu a verificação do tempo de ciência do diagnóstico de osteoporose. Esse dado é verificado na Tabela 1.

Tabela 1 – Conhecimento em anos do diagnóstico de osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).

Variável	n	%
Tempo sabido em anos do diagnóstico de osteoporose		
2-10 anos	10	40,0%
11-20 anos	9	36,0%
21-30 anos	4	16,0%
31-40 anos	2	8,0%

Fonte: A autora, 2020.

Os dados relacionados as características sociodemográficas/econômicas possuem grande potencial para influenciar a adoção de comportamentos voltados para a promoção da saúde encontram-se a seguir na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas/econômicas. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (continua).

Variável	n	%
Faixa etária		
60-74	11	44%
≥75	14	56%
Região Habitacional Rio de Janeiro		
Zona Norte do município do Rio de Janeiro	11	44%
Zona Oeste do município do Rio de Janeiro	6	24%
Baixada Fluminense	4	16%
Baixada Litorânea	2	8%
Zona Central do município do Rio de Janeiro	2	8%
Situação Conjugal		
Solteira	5	20%
Casada	5	20%
União Estável	1	4%
Viúva	10	40%
Divorciada	4	16%
Número de filhos		
0	4	16%
1 a 2	14	56%
3 a 4	5	20%
≥ 5	2	8%
Escolaridade		
Analfabeto	1	4%
1º grau incompleto	5	20%
1º grau completo	7	28%
2º grau incompleto	5	20%
2º grau completo	6	24%
Pós-graduação	1	4%
Arranjo domiciliar		
Reside sozinha	12	48%
Reside com irmãos, filhos, genros, netos e/ou sobrinhos	7	28%

Tabela 2 – Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas/econômicas. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (conclusão).

Reside com esposo	4	16%
Reside com esposo e irmãos, filhos ou netos	2	8%
Ocupação		
Aposentada	18	72%
Pensionista	3	12%
Aposentada e Trabalha	3	12%
Aposentada e Pensionista	1	4%
Renda familiar		
1 a 2 salários-mínimos	15	60%
3 a 4 salários-mínimos	7	28%
5 ou mais salários-mínimos	3	12%

Fonte: A autora, 2020.

O perfil clínico das mulheres com osteoporose na presente pesquisa também foi explorado, por impactar nas ações de promoção da saúde. Dados referentes a hereditariedade, idade na menopausa e IMC encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 – Perfil clínico e hereditariedade (pais com fratura de quadril) de mulheres idosas com osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (continua).

Variável		n	%
Pais com fratura de quadril			
Sim		3	12,0%
Não		22	88,0%
Idade na menopausa			
≤ 40 anos		4	16,0%
41 a 49 anos		15	60,0%
≥50 anos		6	24,0%
IMC- Critérios de Lipschitz			
	Idade		
≤ 22(baixo peso)	60 a 74	1	4,0%
	≥ 75	3	12,0%
	Total	4	16,0%
>22 e <27(adequado)	60 a 70	4	16,0%
	≥75	7	28,0%
	Total	11	44,0%

Tabela 3 – Perfil clínico e hereditariedade (pais com fratura de quadril) de mulheres idosas com osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (conclusão).

≥27(sobrepeso)	60 a 74	6	24,0%
	≥ 75	4	16,0%
	Total	10	40,0%

Fonte: A autora, 2020.

Compreender o contexto da queda e fraturas das idosas com osteoporose, demonstra grande relevância por ser a queda um evento adverso capaz de gerar sérios danos na saúde das idosas. As variáveis relacionadas ao contexto da queda e fraturas das idosas com osteoporose encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 – Contexto da queda e fraturas das idosas com osteoporose: medo de cair após diagnóstico, histórico de quedas nos últimos dois anos, risco de queda associado a medicamentos, fraturas prévias e medicamentos que diminuem a massa óssea. Brasil, Rio de Janeiro, 2020 (N = 25) (continua).

Variável		n	%
Medo de cair após o diagnóstico de osteoporose			
Sim		16	64,0%
Não		9	36,0%
Queda nos últimos dois anos			
	Idade (anos)		
Sim	60 a 74	6	24,0%
	≥ 75	9	36,0%
	Total	15	60,0%
Não	60 a 74	4	16,0%
	≥75	5	20,0%
	Total	9	36,0%
Não sabe	60 a 74	1	4,0%
Quantidade de quedas sofridas nos últimos dois anos			
	Idade (anos)		
1 queda	60 a 74	3	12%
	≥ 75	3	12%
	Total	6	24,0%
2 quedas	60 a 74	1	4,0%
	≥75	5	20,0%

Tabela 4 – Contexto da queda e fraturas das idosas com osteoporose: medo de cair após diagnóstico, histórico de quedas nos últimos dois anos, risco de queda associado a medicamentos, fraturas prévias e medicamentos que diminuem a massa óssea. Brasil, Rio de Janeiro, 2020 (N = 25) (conclusão).

	Total	6	24,0%
≥ 3 quedas	60 a 74	2	8,0%
	≥ 75	1	4,0%
	Total	3	12%
Histórico de fratura por fragilidade			
Sim	60 a 74	2	8,0%
	≥75	8	32,0%
	Total	10	40,0%
Não	60 a 74	9	36,0%
	≥75	6	24,0%
	Total	15	60,0%
Local de Fratura			
Diáfise de Fêmur		1	4,0%
Vértebra Torácica		3	12,0%
Úmero		1	4,0%
Extremidade distal do rádio		4	16,0%
Arco Costal		1	4,0%

Medicamentos em uso e grau de risco relacionado a quedas

Grau de risco de queda relacionado a medicamentos	Medicamentos		
I	Antipsicótico	4	16,0%
	Anticonvulsivante		
	Benzodiazepínico		
II	Anti-hipertensivo	17	68,0%
	Fármacos cardiovasculares		
	Antidepressivos		
III	Diuréticos	4	16,0%

Terapêuticas de uso contínuo que contribuem para diminuição da massa óssea

Com risco bem definido (agente hormonal)	2	8,0%
Com risco possível (antipsicótico e topiramato)	1	4,0%

Fonte: A autora, 2020.

Avaliar o risco de fratura nos próximos 10 anos através da ferramenta FRAX® permite identificar a gravidade da osteoporose e desta forma, identificar pessoas com osteoporose que apresentem alto risco para fraturas. Esta informação é fundamental para planejar intervenções. A avaliação da probabilidade de sofrer fraturas maiores e de quadril encontra-se na Tabela 5 e a média do risco de fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos encontra-se na Tabela 6.

Tabela 5 - Probabilidade nos próximos 10 anos, de sofrer fratura maior e de quadril, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico. Brasil, Rio de Janeiro, 2020 (N: 25).

Variável	Alto risco n (%)	Médio risco n (%)	Baixo risco n (%)
Risco de fraturas maiores por faixa etária nos próximos 10 anos			
60 a 74 anos	1 (9,1%)	1 (9,1%)	9 (81,8%)
≥75 anos	3 (21,4%)	0 (0%)	11 (78,6%)
Total	4 (16%)	1 (4%)	20 (80%)
Risco de fratura de quadril por faixa etária nos próximos 10 anos			
60 a 74 anos	2 (18,2%)	0(0%)	9 (81,8%)
≥75 anos	3 (21,4%)	0(0%)	11 (78,6)
Total	5 (20%)	0 (0%)	20 (80%)

Fonte: A autora, 2021.

Tabela 6 – Média do risco de fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico. Brasil, Rio de Janeiro, 2020 (N: 25) (continua).

Variável	n	Média
Média do risco de fraturas maiores por faixa etária nos próximos 10 anos		
60 a 74 anos	11	5.6
≥75 anos	14	13.9
Total	25	10.25
Risco de fratura de quadril por faixa etária nos próximos 10 anos		
60 a 74 anos	11	1.58
≥75 anos	14	7.65

Tabela 6 – Média do risco de fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico. Brasil, Rio de Janeiro, 2020 (N: 25) (conclusão).

Total	25	4.98
-------	----	------

Fonte: A autora, 2021.

Identificar as idosas com alto risco para fraturas maiores e de quadril pela ferramenta FRAX® e avaliar se estas idosas estão em tratamento farmacológico, se torna fundamental para considerar a necessidade de intervenção farmacológica. Esta análise encontra-se na Tabela 7.

Tabela 7 - Idosas com alto risco de sofrerem fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos em tratamento farmacológico, segundo o cálculo utilizando a ferramenta FRAX® com valor densitométrico. Brasil, Rio de Janeiro, 2020.

Variável	n (%)	Em tratamento farmacológico	Fármacos e suplementos em uso
Idosas com alto risco de fraturas maiores			
60 a 74 anos	1 (25%)	1 (25%)	
70 anos (E21)			Denosumabe e Cálcio
≥75 anos	3 (75%)	3 (75%)	
76 anos (E19)			Denosumabe, Cálcio e Vitamina D
76 anos (E17)			Alendronato, Cálcio e Vitamina D
88 anos (E1)			Denosumabe
Total	4 (100%)	4 (100%)	
Idosas com alto risco de fraturas de quadril			
60 a 74 anos	2 (40%)	1(20%)	
70 anos (E21)			Denosumabe e Cálcio
74 anos (E12)			Sem tratamento medicamentoso
≥75 anos	3 (60%)	3 (60%)	
76 anos (E19)			Denosumabe, Cálcio e Vitamina D
76 anos (E17)			Alendronato, Cálcio e Vitamina D
88 anos (E1)			Denosumabe
Total	5 (100%)	4(80%)	

Fonte: A autora, 2021.

A avaliação das condições clínicas autodeclaradas, permitiu identificar as condições que eram prevalentes e que interferiam na capacidade funcional das idosas e nos seus cuidados em saúde. Esses dados encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Condições clínicas prevalentes em idosas com osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (continua).

Variável	n	%
Hipertensão	13	52,0%
Sobrepeso	10	40,0%
Catarata	7	28,0%
Depressão	6	24,0%
Diabetes Mellitus tipo 2	6	24,0%
Artrite Reumatoide	4	16%
Artrose	3	12%
Glaucoma	3	12,0%
Cardiopatia	3	12,0%
Bronquite asmática/ Bronquiectasia/	2	8,0%
DPOC	2	8,0%
Chikungunya	2	8,0%
Hipotireoidismo	1	4,0%
Fibromialgia	1	4,0%
Esclerodermia	1	4,0%
Síndrome do Intestino Irritável	1	4,0%
Escoliose/hérnia de disco	1	4,0%
Neuralgia do trigêmeo	1	4,0%
Cirrose Hepática	1	4,0%
Câncer de Mama e Linfoma	1	4,0%
Herpes Zoster	1	4,0%
Diverticulite	1	4,0%
Anemia	1	4,0%
Hipotireoidismo	1	4,0%
Dismetria dos membros inferiores	1	4,0%
Ansiedade	2	8,0%
Hepatite C/Hepatite B	3	12,0%
Condição clínica secundária		
Casos sem condição clínica secundária	1	4,0%
1 a 2 condições clínicas secundárias	6	24,0%

Tabela 8 – Condições clínicas prevalentes em idosas com osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25) (conclusão).

3 ou mais condições clínicas secundárias	18	72,0%
--	----	-------

Fonte: A autora, 2020.

4.1.2 Análise do comportamento anterior relacionado

Nesta subcategoria serão apresentados os resultados do comportamento anterior relacionado, que faz parte do primeiro elemento do diagrama, conforme a Figura 4.

Figura 4 – Comportamento anterior relacionado

Déficit de conhecimento sobre a doença e cuidados para prevenção de fraturas. Cuidam parcialmente da própria saúde e reconhecem a necessidade de melhorar hábitos de vida.

Fonte: A autora, 2021.

O comportamento anterior relacionado à promoção da saúde de pessoas que apresentam uma condição crônica, sofre influência do conhecimento prévio e do tempo transcorrido desde que soube da sua condição.

Apesar do longo tempo de conhecimento em anos desta condição, durante as entrevistas foi demonstrado um déficit de conhecimento acerca da osteoporose e suas consequências, como verificado na seguinte fala:

Pode causar cansaço, fadiga, falta de sono, acho que é isso, não sei muito bem não, ninguém me explica direito o que que é, tem gente que diz que dá muita dor, que pode dá câncer também né, câncer nos ossos, não sei se mais. (E06)

Em algumas falas podemos observar que há uma superestimação do risco para fraturas, como vemos a seguir:

Osteoporose é o.... Com problema nos ossos né que eles ficam fraco e seco e fica quebradiço, bom é isso que eu sei da osteoporose, por isso que pode quebra a qualquer instante então eu num tenho medo, eu tenho pavor né, como eu quebrei e já tive que operar e tudo. (E02)

Dentre as falas frequentemente nota-se também uma associação da osteoporose como uma condição que predispõe o indivíduo a quedas como vemos na fala a baixo:

Osteoporose ela é...que eu tenha lido é uma porosidade, um enfraquecimento dos ossos e que por conta dessa porosidade é que existem as quedas. (E22)

Os cuidados com a saúde óssea envolvem ações em saúde que estão relacionadas a hábitos saudáveis. Os dados relacionados as terapêuticas em curso para o tratamento da osteoporose encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 -Terapêuticas em curso para o tratamento da osteoporose. Brasil, Rio de Janeiro - 2020 (N = 25).

Variável	n	%
Suplementação de Cálcio	16	64,0%
Suplementação de Vitamina D	13	52,0%
Alendronato	8	32,0%
Teriparatida	5	20,0%
Denosumabe	4	16,0%
Ácido Zoledrônico	2	8,0%

Fonte: A autora, 2020.

Os fatores comportamentais de risco relacionados à saúde óssea, contribuem para a ocorrência de agravos em saúde e por isso precisam ser analisados de forma subjetiva para uma melhor abordagem clínica. Na tabela 10 encontram-se os dados da presente pesquisa relacionados a prevalência de fatores comportamentais de risco.

Tabela 10 - Prevalência de fatores comportamentais de risco relacionados à saúde em indivíduos com osteoporose. Brasil. Rio de Janeiro, 2020 (N= 25) (continua).

Variável	n	%
Atividade física		
Realiza	12	48,0%
Não realiza	13	52,0%
Evita consumo de leite		
Evita consumo	9	36,0%
Não evita consumo	16	64,0%
Realiza exposição solar		
Sim	10	40,0%

Tabela 10 - Prevalência de fatores comportamentais de risco relacionados à saúde em indivíduos com osteoporose. Brasil. Rio de Janeiro, 2020 (N= 25) (conclusão).

Não	15	60,0%
Tabagismo		
Fumante atual	1	4,0%
Ex-fumante	8	32,0%
Nunca fumou	16	64,0%
Consumo de álcool		
Não consome	24	96,0%
Bebe socialmente	1	4,0%
Ingestão de café		
1-2 xícara/dia	22	88,0%
3 - 4 xícaras/dia	2	8,0%
5 ou mais xícaras/dia	1	4,0%
Não ingere café	1	4,0%

Fonte: A autora, 2020.

Outra questão que merece atenção, é a análise do consumo de alimentos ricos em cálcio, especialmente o consumo diário deste nutriente. Verificou-se que 8% das idosas consomem mais de 100% do que é preconizado; 20% das idosas consomem de 50 a 99% e; 72% das idosas consomem menos de 50% do que é preconizado.

4.2 **Análise do comportamento específico, cognições e afeto**

Nesta categoria são apresentados o comportamento específico, cognições e afeto, que envolvem a análise: dos benefícios e barreiras percebidas para ação, autoeficácia percebida, o afeto relacionado à atividade e as influências interpessoais e situacionais que impactam na promoção da saúde das idosas com osteoporose.

Observou-se que algumas idosas apresentavam dificuldade em reconhecer quais comportamentos saudáveis elas poderiam adotar, que trariam benefícios para sua própria saúde. Mas também, apresentaram dificuldade para perceber quais benefícios os comportamentos

saudáveis poderiam trazer para sua própria saúde, tornando-se por vezes um comportamento “mecanizado”, como vemos nas falas:

Num faço a menor ideia, desculpe a sinceridade, mas num faço a menor ideia.... num faço a menor ideia porque eu num tive estudo de nada nessa parte de organismo essas coisas, porque tudo faz parte do organismo né, então num posso dizer pra você. (E12)

Não, não sei, nunca foi explicado. Se me ajuda eu não sei exatamente como, mas que eles dizem que me ajuda aí eu faço isso, tendeu?! (E04)

Notou-se em alguns casos que a adoção do comportamento específico voltado para o autocuidado era feita de forma intuitiva como vemos nas falas:

Eu não sabia o que era pra fazer...mas eu tô fazendo...faço mesmo porque com o tempo a gente vai aprendendo a fazer as coisas que é melhor pra gente. (E04)

4.2.1 Análise do afeto relacionado à atividade

Nesta subcategoria serão apresentados os resultados do afeto relacionado a atividade, que faz parte do segundo elemento do diagrama, conforme a Figura 5.

Figura 5 - Afeto relacionado a atividade

<p>Aceitação da condição crônica; desmotivação e tristeza relacionada a limitações da idade; solidão; orgulho para pedir ajuda; preguiça; indisposição; cinesiofobia; medo da violência urbana; despreocupação; e estresse quando cuidadoras.</p>

Fonte: A autora, 2021.

A dimensão afetiva, relacionada ao comportamento de saúde no cotidiano das idosas com osteoporose também foi verificada nas falas. A aceitação das condições de saúde e despreocupação com os agravados relacionados à mesma foi evidenciado, como sentimentos influenciadores do autocuidado conforme as falas a seguir:

Eu não me preocupo não. Eu procuro não me preocupar entendeu?! Porque se a gente for se preocupar, aí a doença se agrava mais, então eu tenho os meus cuidados, as minhas responsabilidades comigo e não me preocupo. (E09)

Eu tento assim tipo viver a vida numa aceitação, assim aceitando agora, eu até de brincadeira, eu tenho mania de falar as coisas assim, eu falo assim “Eu tô vivendo com o que me resta” tá bom eu tô vivendo com o que me resta (risos) entendeu?! Eu tenho mania de falar assim, de acha que a pessoa tem que aceitar e se conforma tendeu?! (E17)

Um sentimento negativo evidenciado foi desmotivação e tristeza relacionadas a duas barreiras: limitações da idade e a renda familiar ser insuficiente para gastos com a saúde, como visto nas seguintes falas:

Eu me sinto.... pra mim é triste porque eu sempre tive... sempre fui muito ativa em tudo, resolvia tudo, eu era uma pessoa muito ativa e agora eu sinto fora do baralho, uma carta fora do baralho que eu tô ficando devido essa osteoporose em mim e a visão, então foi duas coisas ruim em mim que tá me deixando...não é tanto a osteoporose, a dor nos ossos assim como a visão, a visão é que tá me maltratando mais. Eu sempre trabalhei, eu sempre resolvi tudo, trabalhei muito, muito mesmo, dei muito duro trabalhando, no meu trabalho. Quando eu parei de trabalhar, eu disse que eu gosto muito de viajar, eu disse quando eu para de trabalha vou viver viajando...pelo contrário, parece que quando eu parei aí que num era nem pra mim ter parado, porque na empresa que eu trabalhava na firma não queria que eu largasse o trabalho...eu digo: “vou querer viver mais um pouco”, tô vivendo menos. (E14)

Me sinto derrotada, porque a gente trabalha tanto né, se dedica tanto. Eu tive que me aposentar porque os médicos não reconhecia a doença que eu tinha...doente, doente, doente, eu pedi compulsória, eu saí pela compulsória, meu salário caiu pra metade. Tive que me aposenta senão eu ia abandonar o serviço, 23 anos e eu ia abandona. (E15)

A solidão também foi um sentimento exposto nas falas das idosas que residem sozinhas, sendo um fator importante que influenciava de forma negativa o autocuidado:

Depende só de mim. Minha filha já fez uma tabela pra mim, mas é muito difícil quem mora sozinha ter uma boa alimentação né, ir pro fogão pra fazer comida, só que não tenho vontade, mas até faço. (E11)

Observou-se também a indisposição e o desânimo como sentimentos influenciadores para o autocuidado, que frequentemente se associavam ao luto, como se pode verificar a seguir:

É como eu disse é difícil eu inicia. Quanto a alimentação eu tenta bota uma regra, eu acho mais fácil, mas é que me dá muito desânimo de fazer caminhada tendeu?! me dá muito desânimo em mim de fazer. Eu sei que é o iniciar entendeu?! Mas cê vê quantos anos que me cobram isso (risos) aí eu não consigo entendeu?! fazer, aí eu não faço mas sei que é necessário. (E17)

Meu filho morreu, minha mãe tava com câncer... ela tava com câncer e ele reagiu a um assalto, meu cunhado morreu infartado na minha casa nos meus braços, infarto fulminante. Então são essas coisas de perda, por isso que eu tô desse jeito, mas já a muitos anos. É indisposição mesmo que me atrapalha. Eu tenho que seguir em frente. Eu estou bem parada mesmo, bem parada em casa. (E11)

A cinesiofobia e o medo de violência também se destacaram como capazes de interferir nas ações relacionadas ao autocuidado, como observado nas falas seguintes:

Eu mesma em minha auto recreação eu sentia que eu num podia fazer porque eu num tava com condições do que eu estava sentindo pra mim fazer uma academia...eu sabia que ia acaba de estourar os meus ossinhos, se eu fizer isso os ossos num vai aguentar porque eu mermo fazendo em casa do meu jeito alguma coisa eu sinto que não dá, retrai entendeu?! Num dá...então eu não tô fazendo atividade física. (E14)

Eu sou muito medrosa né, então a violência ...eu quero sair pra fazer uma caminhada sabe mas ao mesmo tempo eu tenho medo, eu sou medrosa, o bairro que eu moro é deserto sabe, é uma vila fechada, fechou por conta de assalto, mas de vez em quando entra aqueles caras lá com aqueles sacos, cracudos, pra cata coisas e eu sou medrosa então isso tudo me atrapalha. (E15)

Observou-se também nas falas das idosas constantes preocupações em incomodar os filhos ao necessitar de suporte para autocuidado e orgulho para pedir ajuda:

Se eu chega agora em casa e disser tem que comer isso, aquilo tá em cima da mesa já (idosos chora) eu não quero isso, sempre trabalhei então muita coisa eu omito. Se eles (filhos) pudessem, eles fariam tudo, só que...e eu ainda sou um pouco orgulhosa, muita coisa eu omito (risos) eu omito, não quero que eles comprem...não num quero sabe enquanto dé pra mim leva, eu vou fazendo assim. (E15)

4.2.2 Análise da autoeficácia percebida

Nesta subcategoria serão apresentados os resultados da autoeficácia, que faz parte do segundo elemento do diagrama, conforme a figura 6.

Figura 6 – Autoeficácia

80% das idosas demonstram se sentirem capazes de melhorar seus hábitos.

Fonte: A autora, 2021.

Através das falas das idosas, observou-se que a maioria demonstrou se sentir capaz de realizar as mudanças necessárias em seus comportamentos em saúde:

Eu vou conseguir sim. Eu tenho que conseguir entendeu?! Eu tenho que conseguir. Quando a gente quer um objetivo a gente consegue, então eu chego cansada do

trabalho e tal, mas eu vou tirar duas ou três vezes na semana. O meu objetivo vai ser esse. Fazer a musculação, porque eu quero melhorias pra minha saúde. (E09)

Algumas idosas, porém, demonstraram ter a autoeficácia influenciada de forma negativa por algumas barreiras, como limitações da idade:

A princípio vai ser difícil fazer essas coisas né porque eu to parada, não tenho força muscular, porque com 66 anos, e as outras doenças vai me enfraquecendo então a princípio vai ser difícil mas depois eu consigo. (E15)

Com ajuda eu consigo, mas aí atrapalha muito as pessoas né, que às vezes ela(filha) por exemplo tá com toda responsabilidade, aí pra perder aquele tempo comigo caminhando. Hoje por exemplo o dia todo comigo na rua, aí já viu né, fica pesado. (E03)

4.2.3 Análise das barreiras percebidas para ação

Nesta subcategoria serão apresentadas as barreiras percebidas para ação, que fazem parte do segundo elemento do diagrama, conforme a figura 8.

Figura 7 – Barreiras percebidas para ação

<p>Baixa consciência sobre cuidados; hipossuficiência financeira; distanciamento familiar; limitações da idade; dependência para autocuidado; intolerância a lactose; descrença em benefícios da terapia medicamentosa; ansiedade; depressão; inadaptação ao óculos bifocal; longa fila do SISREG; falta de prioridade; cansaço; dor; resistência para mudanças; infraestrutura urbana precária; violência urbana; medicamentos de alto custo; esquecimento para uso de medicamentos; esperar na justiça medicação para osteoporose; e dificuldade em cessar o tabagismo.</p>

Fonte: A autora, 2021.

Ao examinar as entrevistas realizadas, notou-se que muitas barreiras atrapalham os comportamentos de saúde. A baixa consciência das ações em saúde que podem ser benéficas reflete uma barreira para o autocuidado, pois dificulta o indivíduo de perceber e reconhecer os obstáculos que interferem nas suas ações. Essa problemática parece também estar relacionada à carência da discussão pelos profissionais de saúde sobre osteoporose e possíveis ações relacionadas ao autocuidado. As falas ilustram a problemática:

Num sei o que eu deveria fazer e num faço, num foi me explicado pra mim que eu deveria fazer e eu num faço que eu num sei. (E04)

No meu pouco conhecimento, eu num tô ignorando ninguém, nem desfazendo de ninguém, no meu ponto psicológico eu num tive nenhuma palestra pra num dizer assim, acho que é isso, sei lá, qual é o sentido da osteoporose, desse assunto entendeu? e eu também pra ser sincera num procurei me informa, então tô aqui vivendo entendeu?! (E12)

Outra barreira identificada é com relação ao baixo consumo de leite e, por vezes, seus derivados. Algumas idosas referiram passar mal ao consumi-los (intolerantes a lactose), outras desgostavam destes alimentos, ou desconheciam que os produtos lácteos sem lactose também são ricos em cálcio.

Eu não suporto leite eu não bebo leite, nunca bebi leite na minha vida inteira desde pequenininha então eu acho que isso, que é o que mais me incomoda, não gosto de leite, eu tenho ojeriza mesmo a leite.... aí eu descobri agora que eu tenho intolerância a lactose né, então aí eu agradeço porque você tirou algumas dúvidas com relação ao que é a verdade nisso, o que a lactose tem a ver com o cálcio né, e aí você me esclareceu. (E22)

A desatenção, o desequilíbrio e a ansiedade também se mostraram como barreiras para o autocuidado:

Eu tenho muita ansiedade, aí eu num sei se vou dar conta de tudo, num sei, que caminhar eu posso até caminhar, mas só pra mim caminha...eu tenho dificuldade de caminhar, tenho muita dificuldade, eu tô andando tô tropeçando, acho que eu num tenho muito equilíbrio na minha postura, na coluna, num sei se é por causa da osteoporose ou se é por causa do desvio, eu penso que é por causa do desvio, num é da osteoporose que faz isso...tenho a perna curta mesmo por causa do desvio que eu tenho aqui, acho que seria isso num sei. (E06)

A dor crônica também foi percebida como capaz de dificultar a adoção de comportamentos saudáveis:

Caminhada eu não tô mais conseguindo fazer, que eu tô sentindo muita dor nos joelhos e nos tornozelos, aí eu num tô podendo. Atrapalha muito, pra caminhar me atrapalha, pra sair de casa descer escada é ruim, pra subir é pior ainda né, alto pra subir, é prédio antigo num tem muita molezinha não, então me atrapalha sim. (E04)

A violência e infraestrutura urbana precária também foram percebidas como capazes de dificultar o próprio cuidado:

Minha filha, eu moro em comunidade, e você sabe como é que comunidade é né, velho tem que ficar em casa. Na mesma hora que tá calmo, não tá mais, entendeu?! Outro dia eu saí pro médico, quando eu cheguei no meio do caminho começou o tiroteio, tendeu?! Então o meu medo é esse, é saí. Eu vou sair tem que sair igual eu vim pro médico todo mundo sabe que hoje eu estou aqui porque qualquer coisa eles

vão me achar, porque a gente sai e não sabe se vai voltar ou não e lá é a mesma coisa, a gente pensa que tá calmo e de repente começa um tiroteio, e aí comé que eu faço?! Eu num consigo correr. (E02)

É muito perigoso sabe, caminha lá sabe, que é muito caminhão e eu fico com medo de cair, e aquelas árvores de raiz, aí eu fico com medo, medo de cair sabe, tenho muito medo de cair, ainda mais com 84 anos. (E16)

Destaca-se também a hipossuficiência financeira que impactam nas ações voltadas ao autocuidado, como gastos com a própria saúde e saúde familiar, barreiras estas percebidas nas falas:

Eu com um salário de 1400 reais pra resolver toda a minha vida é complicado, é muito complicado. Eu gostaria muito de me cuidar mais, ter uma alimentação assim mais balanceada, ter algo melhor, porque você sabe que quem tem osteoporose, tem que ter uma alimentação boa. Eu faço o possível e gostaria de me cuidar um pouco mais, fazer mais atividade. Mas tudo isso fica difícil. (E09)

A resistência para mudanças foi identificada como fator importante que reflete como uma barreira para mudança de comportamentos:

Eu acho que é bobagem ter uma bengala pra caminhar, posso esquecer e perde a bengala, aí eu num faço. (E03)

Preciso me conscientizando e tirando aquelas sisma (risos). Modifica o estilo de faze.....faze mermo aquilo que manda o figurino...faze caminhada, faze ginástica, me alimenta bem come tudo aquilo que eu num gosto pra fica boa ...dá um jeito de eu aceita isso que até agora muita coisa eu num aceito que eu não consigo engoli. A única coisa que eu penso que deve se, mas tá difícil pra mim...tá muito difícil. (E14)

A dependência para o autocuidado foi verificada como capaz de dificultar as ações para o autocuidado:

Preciso ser mais responsável nas caminhadas, mas eu tenho que tá dependendo dos outros que eu tenho medo de cair né, cair sozinha. Agora eu num faço mais comida, agora eu comecei a me equilibrar pra fazer o café, mas aí eu boto um pouquinho de água lá, aí cabo, cabo, mas assim mermo tem hora que eu boto a garrafa dentro da pia, pra qualquer coisa eu num me queimar, porque pouca visão também né. (E03)

As limitações da idade também demonstraram interferir negativamente na adoção de comportamentos saudáveis:

Quando eu comecei com os tratamentos aqui mais ou menos já tava com dificuldade de audição, então nem tudo eu entendia quando a pessoa falava eu ficava sem graça de perguntar de novo os detalhes eu tenho esse negócio. (E12)

Notou-se, também, como barreira a longa fila para o SISREG:

Tem dois anos, que ela botou no SISREG, até agora nunca me chamaram. Mas eu nem to fazendo muita questão disso não sabe o pouco que eu enxergo ainda dá pra caminhar, que eu tenho até medo de opera e depois ter um problema, eu tenho até medo. (E19)

A depressão, a fadiga e a prostração também foram barreiras identificadas pelas participantes:

As vezes eu começo a andar por exemplo hoje eu tava andando com ela (filha), que hoje a gente passou em um hospital, eu já estou cansada eu falei : “minha filha eu já tô sentindo dor”, mexo da dor no pescoço, eu começo a sentir dor na coluna aí começa, sabe?! Tudo espécie de junta que você possa imaginar vai me mexendo, entendeu? num é bem uma caminhada que eu também já tô cansada, tenho sentido excesso de cansaço, que também faz parte da osteoporose né, é isso?! (E12)

Eu fico prostrada, essas coisas me atrapalha pela prostração, são remédios carga pesada né e fico prostrada, 600 mg de tegretol, a amitriptilina 75 mg, isso tudo é carga pesada pra mim, pro meu organismo né?!. Essas coisas me ajuda a não fazer a ginástica que eu tenho que fazer, tem que pegar o meu sol, não consigo pegar o meu sol. (E23)

A inadaptação aos óculos bifocais foi percebida como importante barreira que exerce impacto diretamente no risco das quedas e fraturas:

Ele é pra longe e perto, mas eu num me adapto bem de óculos andando na rua, eu prefiro sem ele, eu só coloco quando eu vou tipo agora, porque anda direto com ele eu num ando, nem dentro de casa, eu não uso ele dentro de casa direto, quando eu vou pegar no celular eu boto ele sabe, mas normalmente eu fico sem ele. (E21)

Quanto à adesão a farmacoterapia, observou-se em alguns casos influências negativas relacionadas a (ao): elevado custo dos medicamentos para osteoporose; tempo de espera na justiça para obter tais medicamentos de forma gratuita; descrença nos benefícios de seu uso; esquecimento para o uso regular; preocupação de seus efeitos colaterais; e por ter outras comorbidades que somam gastos ao fazer uso de múltiplos medicamentos. Observamos algumas dessas influências nas falas a baixo:

A medicação indicada agora no meu caso por conta da idade, já fraturei duas costelas e o pulso, então seria a teriparatida que é o fortel, mas é 2.500 uma caixa pra usar um mês e é um tratamento de dois anos que eu vou precisa faze então eu num tenho como pagar um remédio desse, num tenho mesmo e aí esse medicamento tá me fazendo falta, muita falta. (E22)

Agora que regenera? Vitamina D vai regenera? Num sei...eu tomei a tanto tempo esse alendronato...tomei muito tempo, pegava no posto, tendeu?! o que ele resultou aqui? Nada. A cartilagem aqui se corroendo, tendeu?! a osteopenia, né?! na coluna...no colo de fêmur e tudo, eu também tenho...primeiro começa a osteopenia né?!, Num é isso?! É uma inflamação? Que que é? (E23)

As vezes a gente esquece, por exemplo a vitamina D, houve uma baixa uma vez porque eu me relaxei um pouco... essa injeção que é todo dia, tem dia ou outro que as vezes eu esqueço. Eu falo: “poxa não estou gostando disso. (E05)

4.2.4 Análise dos benefícios percebidos para ação

Nesta subcategoria serão apresentados os benefícios percebidos para ação, que fazem parte do segundo elemento do diagrama, conforme a Figura 8.

Figura 8 - Benefícios percebidos para ação

Bem-estar; prevenção de quedas, fraturas e agravos em saúde; perda de peso; fortalecimento dos ossos; melhora da saúde geral.

Fonte: A autora, 2021.

A partir da análise dos benefícios percebidos relacionados a ações voltadas para o autocuidado, tornou-se evidente que a maioria das idosas reconheciam ações que poderiam trazer benefícios, especialmente melhora da saúde geral:

O exercício físico né que a gente tem que fazer é muito bom e o sol pra fixar a vitamina D né. Caminhar é bom pra tudo né?! e eu realmente, a minha filha tem até brigado comigo "Mãe a senhora tem que caminhar mais" eu digo: "As vezes tá muito sol, as vezes tá chovendo" a gente sempre tem uma desculpa né. (E05)

Educação física né, um exercício físico, caminhada, sol, uma boa alimentação. Acho que pra qualquer tipo de saúde, de doença, de problema de saúde, pro corpo, pra sobreviver, tem que faze isso, mas só que eu num faço nada disso. Eu sou muito parada. (E07)

Foi possível verificar como benefício do cuidado, a prevenção de quedas e fraturas:

Preciso evita algumas coisas em casa pra não haver quedas também né, não pegar peso e evitar tapetes em casa. (E22)

Observa-se também que as idosas reconhecem ações em relacionadas ao bem-estar físico e psicológico:

Vou fazer caminhada...preciso...até mesmo pra cabeça né...precisa de se cuida mesmo pra não fica....tem tanta gente nova ruim da cabeça. Tive uma sogra que morreu agora em julho passado tinha Alzheimer...fiquei 7 anos cuidando dela. (E13)

Eu gosto de caminhar porque meu joelho dói, meus quadris dói, meu pé também dói, então o que que acontece assim eu sinto uma leve melhora, melhora bastante pra mim, dói menos. (E10)

4.2.5 Análise das influências interpessoais

Nesta subcategoria serão apresentadas as influências interpessoais, que fazem parte do segundo elemento do diagrama, conforme a figura 9.

Figura 9 – Influências interpessoais

Presença ou carência do suporte familiar; amigos; médicos; nutricionistas e fisioterapeutas.
--

Fonte: A autora, 2021.

A partir da análise das influências interpessoais, observou-se que frequentemente os membros da família apareceram como os mais influentes nas ações relacionadas ao cuidado das idosas:

A minha filha me ajuda. O que ela pode fazer, me levou nessa nutrição e briga comigo pelo que eu faço de errado (risos) se fizer, comer um negócio fala: "mãe a senhora não pode comer doce, mãe a senhora..." Ela pelo contrário, tem um cuidado danado. E ela me ajuda comprando os remédios que eu preciso, porque essa injeção é cara e o resto tem que comprar então ela me ajuda a comprar. Esses remédios da nutrição é todo ela que compra. Esse até a doutora me deu, mas esse remédio todo, é ela que me dá e essa dieta que eu tenho que fazer ela que compra tudo. Tudo é ela que compra, fruta, na casa dela eu não compro nada. (E05)

Meu marido que é doente, atrapalha porque às vezes eu deixo de fazer porque a acompanhante não apareceu, aí eu tenho que ficar com ele, aí eu deixo de.... Mas isso aí acontece. (E10)

A carência do suporte familiar também foi percebida nas falas das idosas:

Ninguém me ajuda. Eu que me cuido sozinha. Eu resolvo tudo na minha vida. (E09)

Observou-se importante influência dos profissionais de saúde nas ações relacionadas à promoção da própria saúde, baseando-se nas seguintes falas:

Ninguém cuida de mim, eu que me cuido sozinha, eu que faço tudo, a não ser aqui no médico, que o médico fala “faz isso” aí a gente vai obedecendo e vai fazendo né, mas dentro da minha casa, na família?! Não porque eu vivo sozinha, tenho os meus dois filhos, mas... agora que eu tô convivendo com o meu mais novo, mas ele num implica com nada dessas coisas tendeu?! (E21)

O que a nutricionista passou?! Ela me deu agora o cálcio, dessa vez pra eu tomar e a proteína. A ZZ já comprou e já me avisou e disse: "mãe a proteína já está aqui já chegou", porque são todos os remédios caros, são remédios caros mesmo, por incrível que pareça é tudo caro. Não podia fazer esse tipo de tratamento, se não é a minha filha. Esse tipo aqui, que é essa nutrição funcional. Sempre tive nutricionista, mas não era esse tipo de nutrição, que é tudo mais caro. Eu falo até pra minha filha essa nutrição de vocês é muito cara (a filha é nutricionista) (risos). É cara mesmo. Mas ela me ajuda aí eu faço. (E05)

À fisioterapia quase todo dia faço alguma coisa. Bota três vezes aí que ela tá sempre fazendo, que minha neta que faz, minha neta é fisioterapeuta. (E18)

Em algumas falas, percebeu-se a influência de pessoas próximas como visto na fala:

Tô gostando muito (grupo do luto). Cada um tem sua história né?! Então você se preocupa com a outra pessoa, aí você vai tentando ajudar, eu sou muito falante eu gosto de ligar, perguntar como é que ele tá, tem uma que eu já coloquei como a minha caçulinha, então eu chamo ela de caçulinha porque ela é mais nova que minhas filhas. Isso é muito bom, muito bom mesmo. (E11)

4.2.6 Análise das influências situacionais

Nesta subcategoria serão apresentadas as influências situacionais, que fazem parte do segundo elemento do diagrama, conforme a figura 10.

Figura 10 – Influências situacionais

<p>Acesso aos serviços de saúde (influenciado por: localização geográfica distante; falhas na AB; e suporte do serviço especializado); dificuldade na compra de alimentos; crença em Deus; conflito familiar; compartilhar vivências na sala de espera do ambulatório; vulnerabilidade social e violência financeiro-patrimonial; desemprego na família; luto; e leitura de livros.</p>

Fonte: A autora, 2021.

Foram identificadas nessa subcategoria, situações capazes de influenciar positiva ou negativamente os comportamentos em saúde. A leitura foi uma das ações evidenciadas como uma influência situacional positiva:

Ah minha filha, eu leio...li Zibia gasparetto, li muita coisa que me ajudou muito, leitura ajuda demais. (E08)

Eu tenho um livro de medicina que eu vejo nele sabe, eu vejo naquele livro, eu tenho quatro livros de medicina, aí tudo que as pessoas fala eu vou ali e olho tendeu?! (E25)

A crença em Deus foi vista como uma influência situacional positiva, verificada na seguinte fala:

Eu me sustento e por incrível que pareça eu num sei se tem a ver uma coisa com a outra, eu sou cristã e sempre quando eu saio eu peço ao papai do céu pra toma minha frente e me dar firmeza nas minhas pernas pra que não venha acontecer nada comigo entendeu?! Ando assim ligada com minhas orações com Deus e graças a Deus, fratura nunca fraturei. (E12)

O suporte do ambulatório de reumatologia e demais serviços em saúde especializados foram verificados como influências situacionais positivas na promoção do autocuidado:

Eu acho que eu sigo mesmo as orientações médicas...as alimentações né que tem que ser e ter cuidado na minha vida....ter cuidado nisso...é a única coisa que até hoje eu tenho feito na minha vida né....seguir direitinho né a orientação médica que eles fala pra mim fazer ...ter cuidado né...tomar as minhas medicações direitinho...é isso que eu faço. (E14)

O médico, ortopedista falou pra mim... se você tem a esteira...se você tem a ergométrica, começa a fazer um basiquinho lá e tal, 10k e tal, vai devagarzinho, me ensino como eu devo fazer ela entendeu pra pode realmente começa a ajuda o meu joelho né e eu vou fazendo o que for possível. (E23)

O ato de compartilhar vivências pessoais com outras pessoas passando pela mesma condição clínica ou condições semelhantes foi percebido como uma influência positiva:

Eu conversei um dia desses aí com as meninas lá no...o povo que vive no ambulatório, é interessante, é uma terapia muito boa tendeu?! Muito boa, pena que a espera é muito longa (risos), mas que é terapia boa é, eu vejo como uma terapia, a gente estar ali no ambulatório, cada um contando os seus problemas, cada um...tá entendendo?! Eu acho ideal isso daí, isso traz cura também. (E23)

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos serviços públicos e a localização da unidade de saúde especializada distante do domicílio foram evidenciadas como influências situacionais negativas:

A clínica da família tava na greve. Tô esperando a oportunidade pra eles voltarem a atende pra mim pode pega o encaminhamento, o SISREG. (E13)

Antigamente a gente ainda tinha uma ajuda das clínicas da famílias. Ainda tinha médicos nas clínicas da família e agora não tem, tinha remédio, agora a gente não tem, quer fazer um exame nas clínicas que as vezes fica mais perto também não tem. Taria me ajudando na viagem, ajudava no remédio, ajudava em certos exames que a gente precisa fazer e às vezes tem que rodar bastante pra conseguir os exames, podendo fazer na clínica. Mas a clínica coitada, num funciona pra nada...moro perto de uma clínica. (E18)

Eu tenho uma certa dificuldade no meu caso em me cuidar como você falou...é o acompanhamento clínico devido à distância. Eu num moro ali na esquina, eu moro em belford roxo, dependo de condução. Eu tô vindo pra cá uma vez por ano porque é ela(filha) que é minha companheira. (E12)

O conflito familiar foi verificado como uma das situações capazes de influenciar de forma negativa na promoção da saúde das idosas entrevistadas:

Eu quero arruma uma pessoa pra fica lá e não dá pra mim sustenta duas pessoas entendeu? Às vezes eu quero arruma uma pessoa pra fica comigo e esse meu sobrinho não deixa sabe. Quando eu arrumava uma pessoa ele ia junto comigo, ele ia junto sabe...quer dizer quem ganha salário num pode fica..eu num...num quero nem falar. As vezes eu me aborreço muito com ele e ele acha que ele que tá certo. Quando eu fico assim revoltada aí eu fico esquecida, minha vontade é pega a estrada e sumi. (E16)

Outras situações observadas como influenciadoras na promoção do próprio cuidado são: a dificuldade na compra de alimentos e o desemprego na família:

Lá onde eu moro não tem comércio tem que pegar ônibus pra ir lá fazer compras aí o negócio é esse. Porque quando a gente mora perto de tudo ali né, tu vai lá compra uma alface né, compra uma couve, mas a gente tem que faze estoque, aí nesse faze estoque estraga. (E16)

Quatro pessoas só com o salário que a gente tem não dá não, a gente paga uma acompanhante pra ficar com meu marido, paga mais uma menina pra cozinhar, minha irmã também está desempregada e meu irmão ainda tá trabalhando, fica tudo difícil. (E10)

O luto também foi verificado como uma influência situacional negativa:

Perdi meu irmão no mês de março no dia 18, a minha sobrinha, a minha irmã de criação no dia 29.... 13 de julho meu irmão, então essas perdas, isso mexe muito comigo. Em 90 minha mãe e meu irmão e o outro meu irmão morreram, aí em 97 minha cunhada e meu filho e minha irmã. Minha filha, minhas filhas, elas me incentivam muito, mas de que adianta elas me incentiva se até agora eu não tomei a iniciativa, eu nem preciso de ninguém pra me incentiva, eu tenho que busca alguma coisa melhor pra mim, mas não estou conseguindo. (E11)

4.3 **Análise do resultado comportamental**

Nesta categoria são apresentadas as análises das demandas competitivas imediatas e preferências, comprometimento com o plano de ação e o comportamento de promoção da saúde.

4.3.1 Análise das demandas competitivas imediatas e preferências

Nesta subcategoria serão apresentadas as demandas competitivas imediatas e preferências, que fazem parte do terceiro elemento do diagrama, conforme a figura 11.

Figura 11 – Demandas competitivas imediatas e preferências

<p><u>Controle baixo</u>: as demandas do cuidado de familiares dependentes; e a jornada de trabalho. <u>Preferências (alto controle)</u>: otimização de rotina diária.</p>
--

Fonte: A autora, 2021.

As demandas competitivas imediatas influenciam de forma negativa o compromisso com o plano de ação por serem questões cotidianas que frequentemente competem com a promoção do autocuidado. Já as preferências relacionam-se a questões que frequentemente o indivíduo tem alto controle e favorece seu comportamento para o autocuidado.

4.3.1.1 Análise das demandas relacionadas a um controle baixo

Por meio da análise das demandas competitivas imediatas capazes de interferir na promoção do autocuidado das idosas observou-se: as demandas do cuidado de familiares dependentes e a jornada de trabalho que ocasionavam a falta de tempo para si, como vemos nas falas:

O que tem me atrapalhado a me dedicar embora eles não tenham culpa, é o neto que nasceu e é uma mãe que tá envelhecendo, que cada vez que ela fica mais velha, mais

ela complica a minha saúde porque eu tenho que me desdobrar em cuidados, em preocupações e eu as vezes não consigo ter tempo pra fazer exercício porque eu tenho que olha ela, fazer as coisas pra ela... eu não tenho como pagar alguém, num tenho, uma cuidadora né, e aí essa dificuldade me impede de fazer mais exercícios físicos, de eu ter disciplina diária né e de pode também segura o neto né, eu não tenho como impedir de segura uma criança né. (E22)

Não faço exercício porque meu trabalho é assim: eu trabalho 48 horas numa clínica que fica aqui na Tijuca. É 48 horas tomando conta de uma pessoa idosa né, tipo hoje eu tô saindo, aí eu fico 48 horas em casa. Dois dias na clínica e dois dias em casa. (E09)

4.3.1.2 Análise das preferências

Na análise das preferências, notou-se uma disposição para otimização de rotina incluindo: cuidados a familiares dependentes, hábitos alimentares; tempo para exposição solar; uso de óculos escuros para prevenir quedas ao caminhar; preferência por local, tempo gasto e tipo de exercício físico; padronização de horário para uso de medicamentos; socialização através de aulas de ginástica; e desaceleração ritmo da vida:

Eu tenho que mudar o horário do remédio e aprender que eu tenho que tomar de manhã. Porque depois você se distrai, distrai, distrai, distrai e esquece, já aconteceu. (E05)

Eu tenho que me levantar um pouquinho mais cedo e caminhar, e aí se eu caminhar o sol eu já tenho né?! com certeza, e a alimentação fazer melhor que antes, que eu num tô fazendo ...o que tiver eu como. (E06)

4.3.2 Análise do comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde

Nesta subcategoria será apresentado o comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde, que fazem parte do terceiro elemento do diagrama, conforme a figura 12.

Figura 12 – Comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde

Busca em compreender a osteoporose; realização de: atividade física e de lazer; exposição solar; adesão medicamentosa; dieta balanceada e fracionada; redução da cafeína; monitorar ganho ponderal; cuidados com saúde ocular; adaptação em calçados e domicílio; fortalecimento dos laços afetivos com família e amigos.

Fonte: A autora, 2021.

Ao analisar o compromisso com o plano de ação relacionado à melhoria de comportamentos em saúde, foi possível verificar uma disposição para mudança de comportamentos habituais a partir de uma autorreflexão e maior engajamento pessoal.

O comprometimento com o plano de ação e a promoção da saúde envolveu: a busca em compreender melhor a osteoporose; realização de: atividade física; exposição solar; adesão medicamentosa; atividades de lazer; dieta balanceada e fracionada; redução da cafeína; monitorização de ganho ponderal; cuidados com saúde ocular; adaptação no domicílio e com os calçados; fortalecimento dos laços afetivos com família e amigos:

Eu vou procura os alimentos que tenham mais cálcio, que tem mais vitamina D né, pra fazer uso, pra usá-los com mais... é...esqueci a palavra...mais frequência né, e também busca fazer mais exercícios né, tenta encontrar o tempo...nem que seja de tardinha pra fazer os exercícios. (E22)

O que eu posso fazer é procura...tipo, me dedica mais a medicação...vou tomar a medicação e a dor que eu senti nesse joelho ela me mostrou que eu preciso cuidar do meu corpo, preciso emagrecer o meu corpo...preciso de muita coisa pro meu corpo, entendeu?! Apesar dos 65 anos mas eu preciso cuidar, tendeu?! É o que me resta, num tá fácil não. (E23)

5 DISCUSSÃO

A utilização do MPS de Nola Pender como referencial teórico-metodológico permitiu compreender como as pessoas idosas com osteoporose promovem sua própria saúde. Ademais, foi possível verificar a importância desta compreensão para a atuação não apenas da(o) enfermeira(o), mas de toda a equipe multidisciplinar envolvida nas ações voltadas à promoção da saúde dessas pessoas, conforme preconiza os autores Mendes, Ponte e Farias (2015).

A configuração dos comportamentos em saúde como visto no presente estudo, envolve diversos fatores individuais, coletivos e ambientais que variam entre as pessoas (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Desta forma, a identificação e análise das características e experiências individuais, como exposto na teoria, foi de grande relevância para se traçar o perfil das idosas entrevistadas e compreender seus hábitos de vida.

A seguir, cada grande categoria do diagrama do MPS que emergiu deste estudo será discutida: a promoção à saúde diante das características e experiências individuais das idosas com osteoporose; a promoção da saúde diante do comportamento específico, cognições e afeto de idosas com osteoporose; a promoção da saúde diante do compromisso com comportamento de promoção da saúde e; a atenção básica (AB) como esfera do cuidado: implicações para a Enfermagem.

5.1 A promoção à saúde diante das características e experiências individuais das idosas com osteoporose

Esta categoria discorre sobre a promoção à saúde diante das características e experiências individuais das idosas com osteoporose. Tais características influenciavam seus sentimentos, e por sua vez, impactavam na sua autoeficácia, determinando a percepção das idosas quanto aos fatores que dificultavam o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, apesar de identificarem os benefícios que esses trariam para sua saúde.

A prevalência da osteoporose em idosas com 75 anos ou mais (52%), com renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (60%), com escolaridade mais prevalente o 1º grau completo (28%), o fato de residirem sozinhas (48%), a viuvez (40%) e o sobrepeso, foram dados importantes encontrados neste estudo. Estes achados também foram encontrados em outras

pesquisas (HOLMBERG et al.,2018; RODRIGUES; BARROS, 2016; XAVIER et al.,2019). Tais fatores, de acordo com a teoria do MPS, estão relacionados aos aspectos pessoais e impactam a autoeficácia (SILVA et al., 2019).

A baixa renda foi um dos motivos pessoais que gerava prejuízos no acesso a ações em saúde, funcionando como barreira para o autocuidado, especialmente, por interferir de forma negativa, na escolha dos alimentos, na compra de medicamentos e na realização de atividade física e lazer (TSAI, 2019).

Portanto, programas de complementação de renda para pessoas idosas, que garantam acesso aos bens de saúde e sociais, sobretudo voltados para aqueles em situação de vulnerabilidade, são muito importantes para minimizar as desigualdades socioeconômicas que persistem no Brasil (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016).

Em relação a escolaridade e o status socioeconômico, houve uma maior expressão do 1º grau completo (28%) e renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (60%), dado este, que corrobora com estudos anteriores (HOLMBERG et al., 2018; TSAI, 2019). Esses dados refletem prejuízos no acesso e na compreensão de informações relevantes para promoção da própria saúde, no grau de envolvimento em comportamentos saudáveis e na continuidade dos cuidados clínicos, gerando impactos na saúde dos indivíduos como na prática regular de exercício físico e nas escolhas alimentares (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CARVALHAES; CHOR, 2016; TSAI, 2019).

Diante das desigualdades socioeconômicas, torna-se necessário maiores investimentos na melhoria da equidade na atenção à saúde destas pessoas, tornando-se importante o desenvolvimento de políticas públicas que proporcionem às pessoas idosas melhores condições de renda e melhor planejamento em saúde coletiva, a fim de proporcionar atenção integral a essas idosas (OLIVEIRA et al.,2019).

Em relação ao arranjo domiciliar, notou-se que boa parte das idosas vive sozinha (48%), tendo sido esse dado prevalente em estudos recentes. Residir sozinho pode levar a pessoa idosa a vivenciar dificuldades, principalmente pela falta de contato com o familiar. A literatura aponta maior probabilidade de idosos que moram sozinhos apresentarem piores condições de saúde, funcionalidade física e comportamento (AGUIAR; MENEZES; CAMARGO, 2018; NAVARRO et al.,2015; NEGRINI et al., 2018). Além disso, evidências indicam um risco aumentado para fraturas entre as mulheres que vivem sozinhas do que entre as mulheres que vivem com ao menos uma pessoa da família (HOLMBERG et al., 2018).

A inserção das idosas que vivem sozinhas em programas de terceira idade, pode ser uma importante fonte de apoio para comportamentos de promoção da saúde, auxiliando na

otimização de conhecimentos e aptidões que proporcionem estímulo de suas habilidades, capacidades, dificuldades e limitações (INOUYE et al., 2018).

Com relação à alta taxa de idosas com sobrepeso (40%), evidencia-se na literatura a associação entre esta condição e a osteoporose especialmente em mulheres, devido ao declínio da função ovariana induzido pela depleção estrogênica (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016; ROCHA et al., 2017).

O sobrepeso se associa ao sedentarismo e à alimentação inadequada. Desta forma, o incentivo a uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física é importante para a melhora da saúde geral, para o alcance do peso adequado, melhorando também a força muscular e a saúde óssea (COSTA et al., 2015).

No presente estudo, foi encontrada baixa prevalência de idosas com baixo peso, predominando naquelas com idade ≥ 75 anos (12%). O baixo peso está associado a um risco aumentado para fraturas, e por isso, precisa ser considerado na abordagem clínica pois alguns fatores favorecem seu desenvolvimento: isolamento social; menor consumo de alimentos devido às limitações físicas; uso de medicamentos que causam inapetência; deterioração cognitiva; depressão; além dos fatores socioeconômicos e psicológicos que incluem viver sozinho, viuvez, perda da identidade e do papel social (ASSUMPCÃO et al., 2018).

Em relação a menopausa, identificou-se que apenas 16% das idosas apresentaram menopausa precoce e 24% menopausa tardia. Frente à complexidade do climatério e menopausa, a AB pode fornecer cuidados em saúde nesta fase da vida, dentro da rede de atenção à saúde. Destaca-se para isso, a importância de uma escuta qualificada dos profissionais em saúde, paralela às intervenções clínicas quando necessárias, uma vez que a falta de assistência adequada nesta fase da vida, pode gerar importantes prejuízos na saúde óssea dessas mulheres (MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Desta forma, o tratamento do climatério e menopausa, quando indicado, torna-se primordial nesse período de transição entre a fase reprodutiva e a pós-menopausa. Além de ser a porta de entrada para o SUS, a AB atua prioritariamente na articulação entre a promoção da saúde e a prevenção de agravos, portanto, a assistência adequada à saúde da mulher precisa ser garantida neste nível de atenção (PEREIRA et al., 2016).

Ao analisar a história prévia de fratura de quadril dos pais das idosas entrevistadas, apenas 12% das idosas referiram que seus pais sofreram fratura de quadril. Avaliar a hereditariedade em idosas com osteoporose torna-se importante por ser esta uma condição crônica complexa, influenciada por fatores ambientais e genéticos que podem ser abordados

junto aos profissionais de saúde que as acompanham visando a prevenção de possíveis agravos em saúde (ROCHA-BRAZ; FERRAZ-DE-SOUZA, 2016).

Um dado que merece destaque nesta pesquisa é em relação ao histórico de quedas e fraturas por fragilidade óssea. Verificou-se que 60% das idosas sofreram quedas nos últimos dois anos (24% sofreram ao menos uma queda, 24% 2 quedas e 12% 3 ou mais quedas), sendo as quedas mais prevalente nos idosos com idade ≥ 75 anos (36%). Em relação ao histórico de fraturas por fragilidade, 40% das idosas apresentaram fratura após o diagnóstico de osteoporose, sendo os locais mais incidentes a extremidade distal do rádio (16%) e a vértebra torácica (12%).

Os dados identificados na pesquisa relacionados a ocorrência de quedas envolveram: o avançar da idade (52% de idosas com ≥ 75 anos), uso de medicamentos que diminuem a massa óssea (12%), uso de medicamentos com grau de risco II para quedas (68%) e déficit visual (100%).

Como esperado, foi observado prevalência de déficit visual. A importância desse achado é que a minoria destas idosas (32%) referiram usar lentes corretivas de forma adequada, 36% não as utilizavam por frequentemente não se adaptarem ao uso dos óculos bifocais e 32% as usavam erroneamente (usavam óculos bifocais apenas para leitura ou com o grau desajustado). Isso reforça a necessidade e importância do acompanhamento oftalmológico para o uso adequado das lentes corretivas, uma vez que limitações visuais contribuem para um déficit de controle postural, comprometimento funcional e maior risco de quedas (MENEZES; BACHION, 2012).

Em relação a avaliação dos medicamentos que aumentam o risco de quedas, 68% das idosas do presente estudo fazem uso de medicamentos com grau de risco II para quedas. Observa-se com esse achado, a importância do ajuste de doses e até mesmo a retirada destes quando possível (MACHADO et al., 2018).

A prevalência de quedas verificada nesta pesquisa, pode estar relacionada a maior idade, eventual sarcopenia, e possíveis sequelas de fraturas prévias como a dor e alterações de alinhamento, reduzindo a frequência da atividade física, o que leva à diminuição da massa óssea e muscular, o que predispõe os pacientes para mais quedas e fraturas (LOZANO-CÁRDENAS; MUNEVAR-SUÁREZ; COBO-MEJÍ, 2020; RODRIGUES; BARROS, 2016; XAVIER et al., 2019).

No estabelecimento do plano de ação em conjunto com as idosas, elas reconheceram importantes cuidados que precisavam adotar para prevenção de quedas no seu cotidiano, tanto em domicílio, quanto ao caminhar na rua e no ambiente de trabalho.

Este reconhecimento é fundamental para uma melhor conscientização sobre a importância de se proteger de quedas, por meio de mudanças que precisavam realizar no seu dia a dia. Por isso, torna-se importante o desenvolvimento de estratégias de prevenção de sua ocorrência, a partir de intervenções sobre a força muscular e o equilíbrio, melhorando desta forma, sua CF (MIKO et al., 2018).

Cabe ressaltar que as quedas são eventos adversos de origem multifatorial e resultantes de uma interação entre fatores intrínsecos e ambientais que precisam ser investigados de forma minuciosa para o desenvolvimento de estratégias subjetivas e eficazes e direcionadas para sua prevenção (MENEZES; BACHION, 2012).

Ao analisar o risco de fraturas maiores e de quadril nos próximos 10 anos pelo FRAX, conforme esperado, o risco para fraturas aumentou com o progredir da idade. Verificou-se que 16% das idosas apresentam alto risco para fraturas maiores e 20% para fratura de quadril, com indicação portando de tratamento farmacológico. Dentre as idosas com alto risco para fraturas maiores, 100% estavam realizando tratamento farmacológico e dentre aquelas com alto risco para fraturas de quadril, 80% estavam em tratamento farmacológico. Em relação as idosas em tratamento para osteoporose, 25% estavam em uso de alendronato e 75 % de denosumabe. Quanto a suplementação de cálcio e vitamina D, 75% estava fazendo suplementação de cálcio e 50% de vitamina D.

Conforme verificado na literatura, o FRAX é uma ferramenta importante na abordagem do tratamento da osteoporose e na prevenção de fraturas, pois permite a identificação de hábitos de risco para novas fraturas, contribuindo para uma abordagem direcionada a estas idosas e conduta clínica apropriada (MAIA et al., 2016).

Deste modo, torna-se essencial buscar mais investimento em relação às ações de promoção da saúde, considerando os fatores pessoais de risco relacionados as saúde óssea e prevenção de fraturas por fragilidade óssea, a exemplo do desenvolvimento de práticas educativas que visem aprimorar o conhecimento sobre o risco que esse evento pode causar, e estímulo a modificação do ambiente domiciliar, mudança de hábitos, aumento da adesão ao tratamento proposto às comorbidades, e prática de atividade física considerando para isso questões sociais possivelmente limitantes para as idosas (TEIXEIRA et al., 2019).

Entre medidas preventivas de fratura por fragilidade, como fraturas oriundas de quedas da própria altura, cabe ressaltar a importância de programas de exercício e as intervenções domiciliares, com o objetivo de prever quedas, por reduzirem tanto a ocorrência quanto o risco de quedas (LOURES et al., 2017).

Outro dado relevante foi o elevado número de pessoas idosas com três ou mais condições crônicas evidenciadas no presente estudo (72%), o que indica a necessidade de uma organização dos serviços de saúde, para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenções para este grupo etário (TAVARES et al., 2019).

Em estudo nacional, observou-se que quanto maior o número de comorbidades, maior a suscetibilidade de pessoas idosas à fragilização na velhice (ANTÚNEZ; FASSA, 2014).

Verifica-se uma relação entre fragilidade e quedas pois a fragilidade diminui a resistência física, altera o equilíbrio, potencializa o quadro de fraqueza e reduz o desempenho motor da pessoa idosa, levando a um declínio da reserva fisiológica do organismo e fazendo com que estes indivíduos fiquem vulneráveis a eventos adversos, inclusive a quedas (GIACOMINI; FHON; RODRIGUES, 2020).

Avaliar a carga das doenças crônicas na população com idades avançadas, representa um importante campo na saúde pública e no planejamento da atenção em saúde (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO, 2019). Como por exemplo o impacto da catarata verificado nesta pesquisa, que interfere no risco de queda e tende a agravar o equilíbrio postural, a mobilidade e a CF (PAZ et al., 2018).

Outra questão importante e que merece atenção especial é o baixo nível do conhecimento demonstrado pelas idosas sobre osteoporose e sua principal consequência, a fratura, apesar do longo tempo de ciência sobre este diagnóstico. Estes achados também foram encontrados por Jakobsen et al (2018).

A falta de compreensão sobre a osteoporose leva frequentemente a uma percepção de risco percebido para fraturas discrepante aos reais riscos observados em exames de acompanhamento ósseo. Observa-se que pessoas idosas com osteoporose tendem a subestimar ou superestimar seu risco real para fraturas, mesmo recebendo orientações quanto ao seu resultado do exame (BAJI et al., 2017; KALLURU et al., 2017).

Esta baixa compreensão reflete e influencia os comportamentos em saúde prejudiciais à saúde óssea e os sentimentos e expectativas negativos relacionados à doença. Isso gera preocupações sobre como tem sido abordado os cuidados em saúde para essas idosas assistidas na AB e demais níveis de atenção, apontando para a necessidade de uma atenção especial para ações de promoção a saúde a estas pessoas (BOUDREAU et al., 2017; JAKOBSEN et al., 2018; SHIN et al., 2014).

Diante do comportamento prévio em saúde demonstrado pelas idosas, notou-se que alguns comportamentos precisavam ser melhorados: a inatividade física, a alimentação irregular, o baixo consumo diário de alimentos ricos em cálcio, a não realização de exposição

solar, o uso irregular dos medicamentos prescritos e a carência de cuidados no cotidiano para prevenção de quedas. Tais cuidados são fundamentais no planejamento das ações de controle da osteoporose (PARK et al., 2017). Desta forma, fica evidente a importância da realização de ações voltadas para incentivar as pessoas idosas a cuidar de sua saúde.

A abordagem subjetiva do conhecimento prévio acerca da osteoporose através de ações de promoção da saúde, pode contribuir para um melhor conhecimento sobre a enfermidade e gerar um resultado positivo na conduta diária como adotar melhores hábitos relacionados à saúde óssea e proteger-se de quedas, contribuindo também para uma maior autoeficácia (RESNICK et al., 2014).

5.2 A promoção da saúde diante do comportamento específico, cognições e afeto de idosas com osteoporose

Nesta categoria discute-se as informações coletadas dos comportamentos relacionados: ao afeto, ou seja, os sentimentos envolvidos para adoção de comportamentos saudáveis, a autoeficácia percebida para melhoria de comportamentos e a percepção dos benefícios e barreiras para adoção de comportamentos saudáveis, assim como observados na teoria.

Em relação ao afeto, a aceitação da condição de saúde, foi um sentimento positivo verificado capaz de tornar o processo de adaptação e promoção da saúde mais aprazível (OLIVEIRA; ROCHA, 2019). Paradoxalmente, também foi observado na fala das idosas, certa despreocupação com os agravos relacionados a saúde. Tal despreocupação faz com que os maus hábitos que por vezes proporcionam prazer, tenham maior chance de permanecerem no cotidiano de cada pessoa. Tais comportamentos, por vezes, instalam-se ao longo da vida e levam a uma piora das condições de saúde e propiciam o surgimento de doenças associadas (SANTOS et al., 2015).

Dentre os sentimentos que influenciavam negativamente seus comportamentos em saúde foram observados a solidão, desmotivação e tristeza relacionadas às limitações da idade. A enfermagem precisa estar atenta a sinais de solidão que caracterizem consequências negativas na vida das pessoas idosas para assim intervir precoce e eficazmente, com o intuito de amenizar este sentimento, e melhorar a qualidade de vida das mesmas (CAVALCANTI et al., 2016).

Na abordagem do cuidado à pessoa idosa, o fortalecimento dos laços afetivos com familiares e amigos próximos, e o estímulo à socialização são fundamentais. Faz-se necessário estimular medidas que possibilitem a inclusão social e estimulem os laços afetivos com a família. A participação dessas idosas em grupos de convivência da terceira idade ou qualquer atividade grupal pode ser importante meio de socialização, desenvolvimento de habilidades e momentos de lazer (CAVALCANTI et al., 2016; SILVA et al., 2015).

A tristeza relacionada a renda familiar insuficiente para a promoção da própria saúde foi verificada no estudo. A renda é considerada um elemento essencial para a preservação da autonomia e manutenção da saúde, o que engloba a CF do idoso e bem-estar psicossocial (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2015; SOUZA et al., 2019).

Desta forma, as condições de saúde da população estão imbricadas à questão social, na perspectiva da produção do cuidado. Considera-se que a baixa renda se impõe como realidade e como desafio aos processos de cuidado. Torna-se, importante compreender como as desigualdades presentes na organização social de cada sociedade são refletidas no estado de saúde da população, assim como no acesso dos serviços de saúde existentes (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

A cinesiofobia e o medo de cair também foram importantes sentimentos negativos relacionado à evasão da prática regular de atividade física pelas idosas. Elas expressaram medo de piorar sua saúde óssea, de sofrer uma fratura ao realizar um movimento ou de cair durante a prática. Como a atividade física é essencial para a saúde óssea e geral das idosas, é muito importante abordar o medo, pois a apreensão e a falta de confiança geradas pelo medo, podem levar às limitações nas AVDs, à falta de condicionamento físico, às alterações do equilíbrio e da marcha e à redução ou restrição de atividades funcionais, o que contribui para o aumento da inatividade e declínio da CF. Por isso tais sentimentos devem ser abordados durante as consultas para um melhor direcionamento de estratégias que previnam agravos em saúde (BACZYK; SAMBORSKI; JARACZ, 2016; GUNENDI et al., 2018; SOUTO; RIBEIRO; LOURENÇO, 2018; TEIXEIRA et al, 2019).

A desmotivação foi identificada como um importante sentimento negativo no envolvimento em ações para o autocuidado, pois mesmo que as idosas sejam capazes de realizar uma ação em seu próprio benefício, elas optam por não a fazer (FONSECA; MEDEIROS, 2019). Desta forma faz-se importante que o enfermeiro auxilie as idosas a identificar e explorar quais os benefícios das ações de saúde necessárias, a fim de os motivar a permanecer em tais atividades. Compreender o que vem ocasionando sua desmotivação torna-

se importante para o planejamento dessas ações, no sentido de torná-las mais efetivas e resolutivas (FRIEDRICH et al., 2017).

A preocupação em incomodar os filhos vista no presente estudo se mostrou como um sentimento que levava as idosas a evitarem solicitar apoio e ajuda dos filhos quando elas precisavam. A preocupação com o aumento da demanda por cuidados de longa duração para idosos e os custos que eles podem demandar, surgem como uma questão que precisa ser discutida na abordagem familiar (FALLER et al., 2017).

Em relação à autoeficácia, em geral, as idosas demonstraram uma autoeficácia favorável para mudanças (80% demonstrou autoeficácia favorável para mudanças) assim como visto em outro estudo (CHAN et al., 2019); sendo por vezes influenciada de forma negativa pelas limitações da idade. Faz-se importante destacar que quanto maior é o nível de autoeficácia geral, maior é o nível de percepção de suporte social e de autoestima e menor é a sintomatologia depressiva (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017).

Em relação aos benefícios percebidos para adoção dos comportamentos saudáveis, verificou-se que as idosas percebiam que se comesçassem a melhorar seus hábitos e adotassem cuidados para prevenção de quedas, teriam resultados favoráveis para a saúde e o bem-estar. A percepção dos benefícios para a ação, contribui na maior disposição para mudanças e estão relacionados à crença na efetividade da ação, favorecendo a adesão a novos hábitos de vida (COELHO et al., 2016).

As idosas entrevistadas expressaram desejo e reconheceram a necessidade de orientação sobre a doença, pois acreditam que desta forma poderão melhorar os cuidados com sua saúde, por entenderem ser este fator necessário para autogestão da doença. As informações oferecidas devem se concentrar nos benefícios da promoção da própria saúde como um todo e não focar a osteoporose e o aumento do risco de fraturas, pois aquelas pessoas que não sofreram fraturas podem perceber a informação como desnecessária ou até exacerbar o medo de fraturas (JAKOBSEN et al., 2018).

A prevenção de quedas e fraturas foi um benefício percebido a partir de comportamentos positivos para sua prevenção. Discussões sobre risco e prevenção de quedas e fraturas precisam ser realizadas junto aos idosos com osteoporose, porém não devem induzir ou exacerbar o medo de cair, mas sim discutir informações sobre como as pessoas idosas podem melhorar o equilíbrio, a força e diminuir as quedas através por exemplo, de atividade física apropriada e regular (RESNICK et al., 2014).

A melhora da saúde geral foi percebida pelas idosas como um resultado que viriam a obter se melhorassem sua alimentação com aumento do consumo de alimentos ricos em cálcio

e se praticassem atividade física de forma regular, dado este também verificado na literatura (CHAN et al., 2019). Esta percepção por vezes ocorria através de uma reflexão sobre os efeitos benéficos que já haviam apresentado em sua saúde quando fizeram tais mudanças no passado, demonstrando como os comportamentos em saúde flutuam no decorrer da vida e precisam ser constantemente encorajados.

O bem-estar físico e psicológico foram benefícios observados relacionados como resultados positivos que obteriam através da melhoria dos hábitos de vida. O bem-estar de pessoas idosas é um componente importante a se considerar nas políticas públicas, sendo singular e permeado por sentimentos de realização, satisfação e felicidade (TAVARES et al., 2017). Em vista disso, o estímulo da autonomia é extremamente relevante para o bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa. Por isso ações voltadas para a promoção da autonomia e preservação da dignidade e liberdade de escolha tornam-se essenciais nas ações em saúde destinadas a estas pessoas (SANTOS et al., 2016).

As idosas da pesquisa apresentaram muitas barreiras para a promoção do autocuidado, dado este divergente com a literatura internacional, na qual se constatou menores obstáculos (CHAN et al., 2019). Isso pode refletir as diferenças significativas relacionadas ao sistema cultural, econômico e/ou de saúde entre os países.

Foi possível verificar de forma mais minuciosa, as diversas barreiras, ou seja, os fatores que ao longo da vida vem dificultando na adoção e manutenção dos comportamentos saudáveis. As barreiras mais referidas nas falas das idosas foram: dor, sobremaneira dor crônica, hipossuficiência financeira, resistência para mudanças, dependência para o autocuidado, inadaptação aos óculos bifocais, elevado custo dos medicamentos para osteoporose, fadiga e prostração. A multifatorialidade das dificuldades para o desenvolvimento do autocuidado, acaba por tornar o processo de cuidar complexo (VARGAS et al., 2015).

Assim como verificado na literatura, nesta pesquisa poucas pessoas realizam atividade física e exposição solar regularmente, mantém uma dieta rica em cálcio e em alguns casos tomam medicamentos/ suplementos de forma adequada para a saúde óssea (CHEN et al., 2017). Em relação às barreiras que interferem no envolvimento de ações voltadas para estes cuidados, foi identificada a baixa consciência sobre ações em saúde que podem ser benéficas, que se relaciona ao baixo conhecimento sobre osteoporose.

A compreensão das idosas sobre sua condição crônica e seu tratamento se torna essencial para um melhor envolvimento em comportamentos saudáveis, e por isso, as instruções dos profissionais de saúde que as acompanham desempenham um papel crucial no

gerenciamento de sua saúde. Um estudo anterior sugeriu que um maior conhecimento da osteoporose incentiva o comportamento de busca de ajuda pelos pacientes (ISHTAYA et al., 2018; ROH et al., 2019).

Outra questão que merece destaque foi o baixo consumo diário de alimentos ricos em cálcio. Quando perguntado se consumiam alimentos ricos em cálcio, 88% das idosas disseram que sim. No entanto, quando avaliada a quantidade em mg de cálcio diária, uma minoria (8%) apresentou uma ingestão adequada de acordo com as recomendações mínimas diárias preconizadas (em torno de 1.200 mg/dia) (RADOMINSKI et al., 2017). A maioria (92%) não fazia ingestão da quantidade mínima preconizada, destas, 72% consumia menos de 50% do recomendado e 20% consumia de 50 a 99%, sendo a média de consumo de cálcio diário de 456,7 mg. Também foi encontrado um percentual de 36% entre as participantes, que evitava o consumo de leite e derivados.

O constante incentivo do consumo de alimentos ricos em cálcio, atentando-se para a quantidade diária do consumo deste nutriente, como por exemplo o leite e seus derivados, se torna importante por ser um mineral ósseo necessário para a saúde óssea, especialmente por ser obtido exclusivamente por fontes dietéticas externas (NACHSHON; KATZ, 2016). Em estudos recentes observa-se que o consumo de alimentos lácteos está associado a uma maior DMO e a um menor risco de fratura, particularmente para aqueles com nível suficiente de vitamina D (LOZANO-CÁRDENAS; MUNEVAR-SUÁREZ; COBO-MEJÍ, 2020; MANGANO et al., 2019; MATÍA-MARTÍN et al., 2018).

Para indivíduos intolerantes a lactose recomenda-se evitar o consumo de produtos com alta quantidade de lactose ou realizar a ingestão da enzima lactase com os produtos lácteos. Pode-se ainda consumir laticínios nos quais a quantidade de lactose tenha sido reduzida pela fermentação (iogurte ou coalhada), ou excluída por processos industriais, (alimentos industrializados sem lactose) (BATISTA et al., 2018).

Apesar da prevalência de idosas que realizam suplementação de vitamina D (52%) neste estudo, identificou-se que a maioria não realiza exposição solar (60%). A abordagem da importância da realização da exposição solar regularmente, se mostra essencial para estas pessoas, uma vez que a vitamina D é um pró-hormônio sintetizado na pele pela exposição aos raios ultravioleta B da luz solar e pelas fontes de vitamina D alimentares serem escassas (RADOMINSKI et al., 2017).

Em relação ao desequilíbrio postural, apesar da minoria das idosas ter identificado o desequilíbrio como uma barreira associada ao risco de quedas e fraturas (8%), avaliar a existência e o grau de desequilíbrio e investigar sua causa, na prática assistencial, se torna

essencial para adoção de estratégias para minimizá-lo, especialmente pois no contexto de quedas, o desequilíbrio somado a presença de fatores ambientais no cotidiano das pessoas idosas, aumentam de forma significativa a ocorrência das quedas (ROSA; CAPPELLARI URBANETTO, 2019).

Um estudo recentemente realizado indicou uma melhora significativa no equilíbrio corporal e na redução do risco de quedas em pessoas idosas após realizarem um programa de exercícios físicos. A pessoa idosa que apresenta melhor capacidade de manutenção do equilíbrio corporal apresenta melhor desempenho em tarefas funcionais e, conseqüentemente, menor risco de quedas (TOMICKI et al., 2016).

A fadiga e a prostração também foram verificadas como barreiras nas falas de algumas idosas, evidenciadas por desencadarem desconforto e indisposição aos esforços relacionados ao autocuidado e para as AVDs. Um estudo transversal encontrou sinais de fadiga na maioria das pessoas idosas. A fadiga é subjetiva, e varia de acordo com o indivíduo, podendo estar relacionada ao envelhecimento, a enfermidades e inatividade física, bem como a fatores psicológicos e emocionais. Em uma consulta de enfermagem, saber diferenciar fadiga física ou mental se torna importante para o planejamento dos cuidados de enfermagem (RIBEIRO et al., 2019).

A ansiedade e a depressão também foram identificadas na presente pesquisa como barreiras para o autocuidado. Em estudos realizados junto a pessoas idosas com osteoporose, percebeu-se que elas eram muito afetadas por ansiedade, depressão e outros sentimentos negativos, especialmente, quando sofriam fraturas osteoporóticas, impactando na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na QV (STAMM et al., 2016; ZHANG, 2017). Verifica-se que o aumento nos sintomas de ansiedade, e depressão estão por vezes relacionados ao não desenvolvimento de atividades de lazer e física. Portanto, ações em saúde para seu incentivo também se fazem importantes para amenizar e tratar estas condições de SAÚDE (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Apesar da dor ter sido uma barreira comum entre as idosas entrevistadas, pela associação à osteoporose ou a outras morbidades, deve-se lembrar que com exceção da dor associada a fratura ou a dor associada a deformidades pós fratura, a osteoporose por si só, não gera dor. É comum que a dor esteja associada a outras condições musculoesqueléticas que provocam dor, como a artrose. Cabe ressaltar, que a dor quando crônica, leva à perda progressiva da independência e à necessidade de cuidados de longo prazo, especialmente nos idosos. A prevenção da dor relacionada a osteoporose está ligada ao tratamento adequado desta condição, prevenção de quedas e com estas medidas, a prevenção de fraturas (CATALANO et

al., 2017). Observa-se na literatura que incentivar um estilo de vida saudável com práticas regulares de atividade física a longo prazo, reduz o nível de dor, sendo uma ação também importante para outras questões de saúde (FERRETTI et al., 2019).

Outra barreira identificada no presente estudo foi à exposição ao risco da violência urbana que é um grave problema a ser enfrentado atualmente pela sociedade. A complexidade da temática da violência leva à necessidade de desenvolver estratégias para idosos que residem em área de violência urbana para manutenção de seus cuidados em saúde através do apoio de serviços de atenção domiciliar (ARAÚJO; TAVARES, 2015).

A resistência para mudanças também foi verificada como barreira em algumas idosas entrevistadas. Torna-se importante abordar a causa desta resistência, e desconstruir ou trabalhar possíveis questões relacionadas a mesma, pois podem levar os idosos a desconsiderar como importante a realização de exames e tratamentos para osteoporose (BAJI et al., 2017).

As limitações da idade e a dependência para o autocuidado também foram vistas como barreiras para algumas idosas entrevistadas. A partir das limitações da idade e havendo dependência para o autocuidado, a (o) enfermeira (o) torna-se importante colaborador(a) no processo de melhoria da saúde dos idosos por meio de cuidados específicos para uma maior qualidade na assistência (LEANDRO et al., 2019).

A longa fila do SISREG, foi verificada como uma barreira para o autocuidado. A fragilidade no acesso aos serviços de saúde de usuários do SUS refletem as limitações de acesso e apontam práticas de regulação pouco efetiva, levando a prejuízos na utilização dos serviços de saúde. Os usuários descontentes, em razão da longa espera, podem procurar o Ministério Público (MP) ou a Defensoria Pública (DP) para fazer jus às suas demandas em saúde (BASTOS et al., 2020).

Há necessidade, da elaboração de modelos de atenção a pessoas idosas que guiem o fluxo desses usuários no sistema de saúde, mas que, ao mesmo tempo, permitam a flexibilização e organização das ações de cuidado a partir das demandas dos pacientes. Muitos passos são ainda necessários para se alcançar um sistema de saúde “sem muros”, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados para esta população (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2019).

A inadaptação ao uso do óculo bifocal foi identificada como barreira para o autocuidado, apesar das idosas terem a consciência da importância da boa visão para realização de seus próprios cuidados. Em estudo recente observou-se a prevalência de pessoas idosas que enxergam mal e não usam óculos (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2015) e maior prevalência de quedas entre os de baixa visão (GASPAR et al., 2018). Portanto, a avaliação e o

acompanhamento da saúde ocular das idosas com osteoporose precisam ser efetivos, já que a deficiência visual reduz a atividade física, a mobilidade independente, o funcionamento social e aumenta o risco para quedas (CYPEL et al., 2017).

Algumas barreiras foram identificadas como capazes de interferir na adesão a farmacoterapia para osteoporose, com a subutilização, por vezes, dos fármacos prescritos. Este dado foi verificado em outros estudos e associado ao pouco conhecimento sobre osteoporose, a menor nível socioeconômico, às preocupações com custos e efeitos colaterais a longo prazo dos fármacos prescritos (ROH et al., 2019; SEUFFERT et al., 2016). Outras dificuldades foram percebidas, e envolveram: tempo de espera na justiça para obter medicamentos de forma gratuita; descrença nos benefícios de seu uso; esquecimento para o seu uso de forma regular e por ter outras morbidades que somam gastos ao fazer uso de múltiplos medicamentos.

Em muitos pacientes, a baixa adesão ao tratamento afeta a capacidade desses fármacos reduzirem o risco de fraturas. Desta forma, a sua abordagem está relacionada à adesão a farmacoterapia e a necessidade de ser trabalhada de forma subjetiva (RADOMINSKI et al., 2017). Intervenções educacionais que incorporam o feedback do prescritor específico onde se observam ações de encorajamento e revisão da terapia do paciente, demonstram melhorar a adesão ao tratamento da osteoporose (KALISCH ELLETT et al., 2017).

Diante da multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão ao tratamento medicamentoso, a(o)s enfermeira(o)s podem, numa perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, planejar e implementar estratégias adequadas às pessoas idosas, de forma a considerar suas singularidades, através do desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que englobe a relação farmacológica com o seu estado de saúde, as crenças/convicções pessoais sobre a medicação e seu estado de saúde (MONTERROSO; SÁ; JOAQUIM, 2017).

A identificação das barreiras permitiu que as idosas reconhecessem o que as tem limitado em seus cuidados, favorecendo uma melhor autogestão de seus comportamentos em saúde e contribuindo para uma abordagem direcionada as mesmas (PENDER; MURDAUGH; PARSON, 2014). A persistência dos motivos que dificultam os comportamentos saudáveis interfere na concretização do plano de ação e no compromisso com os comportamentos promotores de saúde. Por outro lado, a minimização das barreiras contribui para melhora da autoeficácia.

Em relação às influências interpessoais, as idosas destacaram os membros da família e os médicos como os que mais influenciavam nas suas ações em saúde. Cabe ao profissional de saúde, identificar e envolver a rede de suporte social envolvida nos cuidados em saúde destas

idosas, por exercer grande influência no envolvimento e na melhoria dos comportamentos promotores de saúde e por impactar diretamente em sua saúde e bem-estar (TOMÉ et al., 2015). Não foi citado a(o) enfermeira(o) na fala das idosas e isso gera preocupação quanto à atuação da enfermagem na assistência a essas pessoas nas unidades de saúde onde são assistidas. No entanto, ficou evidente através da ação da pesquisadora neste estudo com a aplicação do MPS, a importância da atuação qualificada da(o)s enfermeira(o)s na assistência a pessoas idosas com osteoporose. A atuação da(o)s enfermeira(o) é fundamental, dada a sua importância na identificação de comportamentos de risco para a sua saúde e para a construção de um plano de ação individual visando comportamentos saudáveis e prevenindo agravos em saúde (HERTZ; SANTY-TOMLINSON, 2018).

Em relação às influências situacionais positivas, as que mais se destacaram foram: o suporte do ambulatório de reumatologia e a crença em Deus. O cuidado continuado e a longo prazo pelo serviço especializado na atenção às pessoas idosas, traz importantes benefícios a sua saúde, por proporcionar uma atenção direcionada da equipe para suas demandas em saúde e por facilitar seu acesso aos serviços de saúde (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2019; MENDES et al., 2018).

O estímulo à espiritualidade vem se mostrando importante na velhice, à medida que se aproxima a finitude, como influência benéfica no enfrentamento de doenças e nas situações adversas, suporte amenizador de sofrimento, e melhor aceitação das circunstâncias vividas. (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018)

Uma das influências situacionais positivas observadas foi a leitura de livros religiosos e materiais científicos. Observa-se uma relação positiva entre leitura e indicadores de saúde e por isso sua prática deve ser incentivada. Ela favorece melhoria no acesso dos serviços de saúde por contribuir na melhora do conhecimento e maior nível de informação para procurar serviços de saúde quando necessário (CRUZ et al., 2020)

A busca pessoal de conhecimento espiritual pela leitura de livros espirituais/religiosos, auxilia o indivíduo a entender e lidar com as adversidades vividas, sendo percebida como capaz de desenvolver sentimentos e emoções positivas em quem as praticam. Esses dados corroboram com outros estudos (CHAVES; GIL, 2015; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018).

Outra influência situacional positiva verificada foi compartilhamento de vivências pessoais na sala de espera do ambulatório. Nessa perspectiva o diálogo e o cuidado são fundamentais para enfrentar condições crônicas de saúde. Intervenções grupais se mostram como uma importante ferramenta para o compartilhamento de experiências, frustrações, ansiedades e angústias, demonstrando ser terapias saudáveis, capazes de gerar autonomia,

empoderamento e autoestima (COLUSSI; PICHLER; GROCHOT, 2019; GUIMARÃES et al., 2016).

Quanto as influências situacionais negativas, verificou-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na AB, sobremaneira relacionados às greves recorrentes. Tais greves são um reflexo da crise da AB no município do Rio de Janeiro, verificada pelos atrasos de pagamento, restrição no acesso às ações e serviços, demissões, cortes de equipes que levam a grandes prejuízos aos usuários do SUS (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; BASTOS et al., 2020).

O fortalecimento da AB surge como uma oportunidade de melhorar as estratégias terapêuticas para solucionar as demandas em saúde das pessoas. Portanto, torna-se importante discutir a relevância de um financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos para o SUS, em especial relacionados a AB, com o objetivo de reduzir as desigualdades no uso dos serviços de saúde, ainda mais para os grupos vulneráveis. Isto demonstra a importância do estímulo ao desenvolvimento de estratégias para melhorar a capacidade de atendimento da rede (SALDIVA; VERAS, 2018).

O conflito familiar também foi percebido como uma influência situacional capaz de interferir de forma negativa na adoção de comportamentos saudáveis e sensação de bem-estar. Neste cenário, à abordagem a família pela(o) enfermeira(o) se torna essencial na identificação das necessidades em saúde das idosas e no melhor manejo das situações de conflito vivenciadas no contexto familiar, especialmente no âmbito domiciliar, por meio de visitas domiciliares, visando apoio, suporte e resolução de conflitos e fortalecimento das relações intrafamiliares (SILVA et al., 2015).

A dificuldade na compra de alimentos relacionada à restrição social por residir distante do mercado e a falta de apoio social para auxílio nas demandas relacionadas à alimentação também foi verificada nesta pesquisa como uma influência negativa. A restrição da pessoa idosa ao domicílio se relaciona a suas características clínicas, sociodemográficas e arranjo familiar, podendo favorecer o agravamento das condições crônicas de saúde, funcionando como um fator de risco a prejuízos na CF (PAMPOLIM et al., 2017).

Ações em saúde que incentivem o maior apoio social e busquem minimizar os fatores que contribuem para a restrição dos idosos ao domicílio, demonstram ser importantes para continuidade das ações relacionadas à promoção da saúde, sendo de grande relevância para enfrentamento deste problema, a assistência em saúde pelo programa saúde da família (PSF).

O luto foi percebido como uma relevante situação negativa capaz de influenciar de forma negativa a promoção da saúde das idosas entrevistadas. A abordagem do processo do

luto se faz importante na atenção à saúde da pessoa idosa pois se não tratado adequadamente ele pode evoluir negativamente ocasionando problemas físicos e psicológicos, como ansiedade, depressão e até mesmo suicídio (SANTOS et al., 2019).

Reconhecer e acolher o luto da pessoa idosa faz-se importante, apesar de ser um desafio preparar as pessoas para lidar com a morte. Trabalhar o enfrentamento do indivíduo, de como a perda é sentida e percebida, das experiências anteriores, da capacidade de tolerância à frustração e da necessidade de manter a autoestima, torna-se importante nesse processo, pois um processo de luto vivido não saudável frequentemente se associa ao desenvolvimento ou agravamento de condições crônicas de saúde (GOMES; GONÇALVES, 2015).

5.3 A promoção da saúde frente o compromisso com comportamento de promoção da saúde

Nessa categoria são abordados os dados do estudo relacionados às demandas competitivas imediatas e preferências e o comprometimento com o plano de ação e comportamento de promoção da saúde.

As demandas competitivas relacionadas a um baixo controle das idosas entrevistadas foram relacionadas ao cuidado de familiares dependentes e a jornada de trabalho. As demandas exigidas para cuidar de um familiar dependente, quase sempre geram sobrecarga, desconforto emocional e implicações em sua vida pessoal, onde verifica-se um elevado tempo gasto e dificuldades na realização das atividades de cuidado destinadas ao familiar (ARAÚJO et al., 2019; MENDES et al., 2019).

Nesse contexto, observa-se que as idosas e suas famílias precisam de acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde e de uma rede de suporte ampliada para instrumentalizá-las à assistência efetiva a seus familiares dependentes e prevenção de uma sobrecarga e tensão no processo do cuidar. Além disso, torna-se importante que tenham um espaço para compartilharem suas vivências, dúvidas e anseios (NUNES et al., 2019).

A jornada de trabalho também foi identificada como uma demanda competitiva para o cuidado das idosas. Por vezes, a jornada de trabalho relaciona-se ao desgaste físico e emocional, ocasionando falta de tempo para cuidar da sua própria saúde, especialmente no que se refere a adoção de hábitos saudáveis, como praticar atividades físicas, manter alimentação adequada e desfrutar de lazer (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015).

Apesar disso, em um estudo recente foi verificado que a permanência dos idosos no trabalho possibilita conservação da saúde física, mental, autonomia, habilidades cognitivas e sensoriais e melhoria da QV. O cuidado ao idoso que trabalha exige do enfermeiro uma assistência que envolva questões relativas à capacidade para o trabalho, minimização dos riscos ocupacionais, detecção precoce de agravos à saúde gerados pela atividade laboral e incentivo, com adoção de práticas seguras, visando a prevenção de acidentes (COSTA et al., 2018).

Já, em relação as preferências das idosas identificadas nesse estudo, verificou-se que elas se relacionaram a otimização de sua rotina. Notou-se que a maioria das entrevistadas reconhecia que a realização de atividade física e a manutenção de uma alimentação saudável poderiam levar a uma melhora da saúde geral e bem-estar emocional.

Foram expressas algumas preferências em relação a otimização da rotina incluindo: hábitos alimentares; tempo para realização de exposição solar; preferência por local, tempo gasto e tipo de exercício físico; padronização de horário para uso de medicamentos; cuidados à familiares dependentes, socialização através de aulas de ginástica; e desaceleração ritmo da vida.

Algumas idosas relataram dificuldades em manter uma boa alimentação e que atualmente cozinhavam pouco, especialmente por terem que cozinhar só para si ao residirem sozinhas, indicando uma preferência para comer em restaurante por acreditarem que teriam uma variedade maior de alimentos do que comer em casa. Essa preferência também foi expressa em outro estudo (KUWAE, et al., 2015).

Em relação ao consumo de alimentos ricos em cálcio, as idosas indicaram preferências por alimentos específicos ricos em cálcio, por vezes optando por aqueles que não seriam derivados do leite por desgostarem do mesmo ou por passarem mal ao consumi-los. O cardápio para idosos deve possuir todos os nutrientes essenciais para um bom funcionamento do organismo. O suporte nutricional, com cálcio adequado, bem como realização de exercícios e exposição solar, estão entre os pilares necessários durante o tratamento da osteoporose mesmo quando associados a agentes farmacológicos (CHEN; HOU; CHEN, 2019; JESUS; SZCZEREPA, 2017).

Em relação a exposição solar, algumas idosas expressaram preferência por realizá-los pela manhã quando realizassem caminhada, ou em suas próprias casas pela maior praticidade para as mesmas, atentando-se para o horário recomendado. É fundamental que o profissional tenha habilidade para ajudar o idoso na otimização dos cuidados, pois uma dieta pobre em cálcio, baixos níveis séricos de vitamina D e reduzida exposição ao sol, são fatores importantes

na previsão do risco de fratura osteoporótica (LOZANO-CÁRDENAS; MUNEVAR-SUÁREZ; COBO-MEJÍA, 2020).

Em relação a realização de exercícios físicos, apesar de se configurar por vezes como um desafio na terceira idade, observa-se a importância de considerar as preferências dos idosos quanto ao local, tempo gasto e tipo de exercício físico. Pessoas idosas que realizam prática estruturada de exercício físico, apresentam melhores indicadores de QV, especialmente no que diz respeito a condicionamento físico, saúde mental e vitalidade, contribuindo também para perda de peso em idosos com obesidade ou sobrepeso (CAMÕES et al., 2016)

Em um estudo recente, realizou-se um treinamento de resistência e impacto progressivo de alta intensidade em idosos com osteopenia e osteoporose, no qual se observou uma melhora dos parâmetros de força óssea, função física e força muscular, demonstrando também eficácia em termos de redução dos fatores de risco para fratura osteoporótica em idosos que os realizam duas vezes por semana (HARZHEIM et al., 2020).

Uma das preferências expressa na entrevista foi a padronização do horário dos medicamentos para não esquecimento de seu uso. Como o esquecimento se configura em um comportamento involuntário e não intencional, este pode ser melhorado por estratégias de educação e orientação da equipe como uso de lembretes para evitar seu esquecimento (STEFANO et al., 2017).

Outra preferência identificada foi melhor gestão, em termos de administração de tempo, na prestação de cuidados de familiares dependentes como esposo e netos. A dedicação do tempo para prestação de cuidados a um familiar dependente e para o cuidado de si próprio precisa ser equilibrada para prevenção de sobrecarga física e emocional (DELALIBERA; BARBOSA; LEAL, 2018).

A socialização através de aulas de ginástica para idosos também foi verificada como uma preferência apontada nas entrevistas. A integração social, é verificada como fundamental para a saúde física e emocional dos idosos. Ela cria um sentido de pertencimento a um grupo, proporcionando espaço para a criação de novos projetos e objetivos para esta etapa da vida (BARBOSA et al., 2020; BITENCOURT; SIMÕES, 2018).

Outra preferência apontada nas entrevistas foi a desaceleração do ritmo de vida, que, uma vez que perante a modernidade estamos conectados frequentemente ao estilo de vida mais acelerado onde “não temos tempo a perder”. Desta forma torna-se importante a busca pelo equilíbrio através da manutenção de um ritmo de vida mais saudável que contribua para uma melhor QV (PRADO et al., 2016).

A partir do plano de ação traçado com cada entrevistada foi exposto nas falas das idosas, um compromisso com a melhoria de seus comportamentos em saúde através da disposição para mudança de comportamentos habituais, autorreflexão e maior engajamento pessoal. O desejo e a busca pessoal em realizar mudanças voltadas para práticas saudáveis se torna fundamental para a promoção da própria saúde, sendo especialmente relevante para a saúde da pessoa idosa ao ampliar sua QV, reduzindo vulnerabilidades (CLARES et al., 2019).

Realizar uma autorreflexão sobre as relações presentes no cotidiano das práticas individuais em saúde, as quais também envolvem a subjetividade dos indivíduos, se mostra importante, pois na medida em que nos autoexaminamos podemos enxergar brechas para cogir novos processos, promotores da saúde (PAULINO; SIQUEIRA; FIGUEIREDO, 2017). Desta forma, o melhor engajamento pessoal em comportamentos positivos de saúde, têm efeitos benéficos quando as idosas se tornam capazes de reconhecer o que precisam melhorar em termos de comportamentos em saúde e buscam, a partir disso, promover a sua saúde, tornando-se possível o alcance dos resultados promotores de saúde conforme o MPS de Nola Pender (BELEZA; SOARES, 2019).

Como visto no presente estudo, mesmo que as idosas apresentem consciência de seu diagnóstico de osteoporose, isso não indica que irão necessariamente adotar mudanças nos hábitos de vida prejudiciais à saúde óssea. Esta realidade reflete a atenção que deve ser prestada aos idosos com osteoporose uma vez que o indivíduo se encontra em risco maior para fraturas e prejuízos na QV (SHIN et al., 2014).

Idosas com osteoporose procuram frequentemente orientação e apoio em informações e cuidados sobre sua condição de saúde. A compreensão e consciência de fatores predisponentes à redução DMO, bem como a análise de fatores de risco modificáveis para osteoporose, contribui para profilaxia desta doença (MEÐRELA-KUDER; SZYMURA, 2018).

A tomada de decisão no manejo de doenças crônicas difere marcadamente da doença aguda. Nas doenças crônicas, a tomada de decisão diz respeito não apenas ao tratamento, mas também ao estilo de vida. Tais decisões podem ser revisitadas frequentemente e é o indivíduo quem tem que implementar e conviver com as decisões (JENSEN et al., 2018).

A atuação do enfermeiro na abordagem da osteoporose, é capaz de favorecer melhorias para a promoção da saúde. Traçar metas individuais pode melhorar as estratégias para fortalecer os ossos das pessoas idosas, contribuir para confiança no autogerenciamento e compreensão das medidas de tratamento para osteoporose e conseqüentemente ajudar a prevenir fraturas por fragilidade óssea (ROBLIN et al., 2017).

5.4 Atenção Básica como esfera do cuidado: implicações para a Enfermagem

Diante dos achados deste estudo, verifica-se a relevância da AB na promoção da saúde de idosas com osteoporose, por configurar-se como porta de entrada prioritária que coordena e gerencia o cuidado da população (SCHENKER; COSTA, 2019).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua vez, é uma reorientação do modelo assistencial em saúde na AB, que busca garantir a integralidade do cuidado. As Equipes de Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que podem estar ligadas a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é constituído por uma equipe multiprofissional composta por nutricionista, educador físico, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo. Suas principais atividades estão relacionadas a visitas domiciliares, a ações programáticas e a atendimentos médicos ou de enfermagem (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018; SALDIVA; VERAS, 2018).

O enfermeiro tem na APS espaço privilegiado para utilização do MPS de Nola Pender na atenção a pessoas idosas com osteoporose, por meio da consulta de enfermagem, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e nas abordagens multidisciplinares e intersetoriais (SLVA et al., 2020).

A atenção à essas pessoas por meio da consulta de enfermagem, torna-se uma estratégia de cuidado e oportunidade ampla de desenvolvimento de práticas cuidativas (SILVA; SANTOS, 2014). A visita domiciliar demonstra ser um relevante instrumento de intervenção para a promoção da saúde, uma vez que os enfermeiros podem fortalecer o vínculo com essas pessoas, realizar uma avaliação multidimensional, identificar os principais fatores de risco para queda, realizar atividades educativas direcionada ao idoso e sua família e atuar junto ao NASF visando a prevenção de agravos em saúde (MIRANDA et al., 2017).

A atuação do NASF neste contexto, incrementa a resolutividade e a integralidade da atenção prestada a pessoa idosa pela AB, por realizarem visitas domiciliares com os profissionais da sua equipe, discutir casos difíceis e desafiadores, organizar intervenções no território em conjunto com sua equipe e realizar consultas compartilhadas com os profissionais da ESF (BROCARDI et al., 2018).

A atuação do enfermeiro com o apoio do NASF constitui um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa com osteoporose, pois através da interconsulta e visitas domiciliares com profissionais do NASF é possível qualificar o atendimento ao usuário com suporte e orientação: do nutricionista nas questões alimentares

relacionadas a saúde óssea; atividade física para fortalecimento da saúde muscular e óssea, melhora do equilíbrio e da marcha, e consequentemente prevenção das quedas e fraturas; abordagem de questões socioeconômicas com o suporte do assistente social para aquisição de direitos, como o bolsa família; do fisioterapeuta na reabilitação pós fratura; e do psicólogo na atenção à saúde mental em questões que impactam no autocuidado (ACIOLE; BATISTA, 2013; FLORINDO et al., 2016; MELO et al., 2018; SAPORETTI; MIRANDA; BELISÁRIO, 2016; SCHENKER; COSTA, 2019).

Considerando a importância da integralidade do cuidado da pessoa idosa, torna-se primordial o incentivo à ampliação da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência das pessoas idosas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA; SANTOS, 2014).

Com vistas ao atendimento humanizado e qualificado, a PNSPI propõe um atendimento integral, intersetorial e interdisciplinar e, assim como o SUS, prima pela promoção e pela recuperação em saúde. A proposta da PNSPI é atuar sobre os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a QV e por isso ela pode ser vista como uma ferramenta biopolítica, pois organiza e prevê as formas como a saúde dos idosos será trabalhada, reconhecendo a heterogeneidade da população idosa, com demandas diferenciadas em relação à moradia, aos cuidados em saúde, em termos etários e socioeconômicos. Por isso, as ações de saúde não se limitam aos contornos das doenças, mas transbordam para as inúmeras instâncias da vida dos sujeitos (DUARTE; MOREIRA, 2016).

Nesse contexto, verificou-se a importância da enfermagem gerontológica na atenção a pessoa idosa com osteoporose, por desenvolver um papel de grande relevância na identificação de particularidades que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento saudável e patológico, além de buscar envolver a família no cuidado e atuar junto a outros profissionais na resolução dos problemas de saúde, para que ocorra, dentro do menor tempo previsto, a promoção da saúde desses indivíduos (COIMBRA et al., 2018).

A enfermagem gerontológica, prioriza a promoção da mais alta qualidade de vida e bem-estar, garantindo que os cuidados sejam holísticos, integrando ações que enfatizam a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, para a promoção de cuidados competentes e verdadeiros diante das complexidades clínicas dos idosos (CHIBANTE et al., 2016).

Na atenção à saúde das pessoas idosas com osteoporose, verifica-se a importância da atuação qualificada da(o)s enfermeira(o)s em qualquer nível de atenção à saúde, no

desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de intervenções de enfermagem, que envolvam: escuta ativa, identificação das suas necessidades em saúde; educação em saúde sobre osteoporose; orientações sobre modificação do estilo de vida quando necessário, cuidados em saúde relevantes para prevenção de quedas e fraturas e o objetivo do tratamento e benefícios dos medicamentos prescritos (HERTZ; SANTY-TOMLINSON, 2018).

5.5 Limitações da pesquisa

Considerando a importância da prevenção das quedas, foi uma limitação do estudo não avaliar integralmente os fatores de risco para quedas, particularmente a força muscular, o equilíbrio, a acuidade visual, a acuidade auditiva e os fatores relacionados ao ambiente em que a pessoa vive. A partir dessa limitação, emerge a proposta de desdobramento deste estudo: trabalhar a prevenção de quedas a partir de intervenções sobre os fatores de risco.

Outra limitação foi o fato de o cenário do estudo ter sido um ambulatório especializado em reumatologia, que atende apenas os casos mais graves. Desta forma, os resultados do estudo não refletem a realidade da AB.

CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou a carência da compreensão pelas idosas sobre osteoporose e sua principal consequência – a fratura, o que gerou prejuízos na adoção dos comportamentos saudáveis para o tratamento adequado da osteoporose. Essa falta de compreensão, dificulta um melhor engajamento pessoal em comportamentos saudáveis e reforça a necessidade de se implementar intervenções educativas, com o objetivo de melhorar os comportamentos em saúde, prevenir quedas e aumentar a adesão à terapêutica, tanto no âmbito da AB, como nos serviços especializados.

Foi possível verificar a multiplicidade dos fatores que afetam a saúde das pessoas idosas e que por vezes, limitam o acesso a recursos importantes para o autocuidado. Notou-se também como as questões políticas, sociodemográficas e econômicas, influenciam a adoção de comportamentos saudáveis e o alcance da equidade preconizada pelo SUS, apontando para a necessidade de uma eficaz gestão política dos recursos financeiros destinados a saúde pública, que assegurem o acesso aos serviços de saúde para o tratamento adequado da osteoporose.

Tendo em vista a complexidade do cuidado, há de se salientar a importância da(o) enfermeira(o) ter como base na prática clínica e na realização das pesquisas científicas as teorias de enfermagem. Neste estudo, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi aplicado e assim, foi possível demonstrar uma qualificação e aprimoramento do desempenho profissional, promovendo enriquecimento técnico-científico e fomentando o papel educativo da(o) enfermeira(o), através de uma reflexão crítica sobre a complexidade dos fatores influenciadores no autocuidado para a promoção da saúde de idosas com osteoporose. Portanto, espera-se que a(o)s enfermeira(o)s fortaleçam sua prática clínica embasada em uma Teoria de Enfermagem, tendo em vista a assistência em saúde estruturada e qualificada na atenção à pessoa idosa com fragilidade óssea.

Por meio da análise dos comportamentos promotores de saúde adotados por idosas com osteoporose, através da utilização do MPS de Nola Pender, conclui-se com os achados deste estudo, a necessidade de se intensificar ações voltadas para diminuir as fraturas uma vez que representam grave risco à saúde das idosas. Verificou-se desta forma, a importância da atuação qualificada dos enfermeiros na prevenção das quedas.

Como desdobramento desta pesquisa, é possível vislumbrar o desenvolvimento de uma abordagem à idosas com osteoporose a partir da avaliação dos fatores de risco de quedas, para

que seja possível intervir de forma efetiva na sua prevenção. Tal intervenção deverá ser necessariamente multidimensional, uma vez que as quedas podem gerar efeitos negativos a nível psicológico, físico e social, ameaçar a autonomia dessas pessoas, bem como aumentar o risco de mortalidade.

O estudo sugere a importância e necessidade da participação de enfermeiros nos serviços especializados, assumindo a responsabilidade sobre os aspectos educativos e de autocuidado do paciente, principalmente em relação aos cuidados com a alimentação, exposição solar e aderência ao tratamento da osteoporose, trabalhando medidas voltadas para a conscientização de ações para prevenção das quedas.

Destaca-se como contribuições deste estudo, a ampliação das discussões sobre intervenções de Enfermagem, tendo como base as teorias de enfermagem. Além disso, o diagrama geral de pessoas idosas com osteoporose que foi desenvolvido é um instrumento norteador que pode orientar o planejamento de ações de promoção da saúde, através da corresponsabilização dos cuidados, tendo em vista o reconhecimento e a abordagem de múltiplos fatores envolvidos na redução da ocorrência de fraturas por fragilidade óssea.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10-19, 2013. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/03.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2021.

AGUIAR, A. C. S. A.; MENEZES, T.M.O.; CAMARGO, C.L. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 36, n.3, p.292-301, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-292.pdf>. Acesso em: 6 set. 2020.

ALIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 8 ed. St. Louis: Esvier, 2014.

ALVES, R. L. T. et al. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]**, Rio de Janeiro, v.20, n.1 jan./fev. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00056.pdf. Acesso em: 6 mai. 2019.

ANTÚNEZ, S. F.; FASSA, A. G. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 28, n.1, mar 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2017405.pdf>. Acesso em 10 set. 2020.

ARAÚJO, C. M.; TAVARES, C.M.M. **Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana**. 2015. 61f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

ARAÚJO, M. G. de O. et al. Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. **Rev. bras. enferm. (Internet)**, v. 72, n.3, p. 728–736, Brasília May/June 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300728. Acesso em: 13 ago. 2020.

ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v.28 n.3. 1-17, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280308.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2021.

ASSUMPCÃO, D. et al. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, Abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401143. Acesso em: 13 set. 2020.

BĄCZYK, G.; SAMBORSKI, W.; JARACZ, K. Evaluation of the quality of life of postmenopausal osteoporotic and osteopenic women with or without fractures. **Arch. Med. Sci.**, Poland, v.12 n.4, p 819–827, Aug 2016.

BAJI, P. et al. Comparing self-perceived and estimated fracture risk by FRAX® of women with osteoporosis. **Arch. Osteoporos.**, London, v.12, n.1, 2017. Acesso em: 23 abr. 2020.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARREIRO, M. A. A. et al. Impacto de los Factores de Riesgo em Osteoporosis sobre la Densidad Mineral Ósea em Mujeres Perimenopáusicas de la Ciudad de Querétaro, México. **Arch. Latinoam. Nutr. [Internet]**, Caracas, v.63, n.1, p. 21-28, Mar. 2013.

BARBOSA, L.O. et al. Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, jun., 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000602017&script=sci_arttext. Acesso em: 15 set. 2020.

BATISTA, R. A. B. et al. Lactose em alimentos industrializados: avaliação da disponibilidade da informação de quantidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p. 4119–4128, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232018001204119&lng=en&nrm=1&tlng=pt . Acesso em: 16 julh. 2020.

BATISTELLA, C. (2007): “**Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**”, em A. F. Fonseca e A. D. Corbo (coords.): *O território e o processo saúde-doença*, EPSJV, Fiocruz, 2007, p. 51–86.

BASTOS, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. saúde pública (Internet)**., São Paulo, v.54, n. 25., 2020 Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/pt_1518-8787-rsp-54-25.pdf >. Acesso em: 2 ago. 2020

BEASLEY, B.; PATATANIAN, E. Development and implementation of a pharmacy fall prevention program. **Hosp Pharm.**, Kansas, v.44, n.12, p. 1095-102, dec. 2009.

BELASCO, A. G. S.; OKUNO, M. F. P. Realidade e desafios para o envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.72 n.2, p. 1-2 dez 2019. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672019000800001&script=sci_arttext&tlng=pt > . Acesso em: 18 set. 2019.

BELEZA, C. M. F.; SOARES, S. M. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.3141–3146, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803141. Acesso em: 7 out. 2020.

BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN K. C.; CAMARANO AAA. **Assistência social na política nacional do idoso**. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

BEZERRA, M. L. R. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio promoção da saúde em mulheres climatéricas com osteoporose. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, v.10, n.3, p.969-76, 2016 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031564..> Acesso em: 11 ago. 2020.

BITENCOURT LE, SIMÕES RR. Motivos de permanência dos idosos praticantes de ginástica orientada. **R. bras. Ci. e Mov.**, São Paulo, v.27, n.4, p.179-188, 2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/9097/pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020

BOUDREAU, D.M. et al. A Survey of Women's Awareness of and Reasons for Lack of Postfracture Osteoporotic Care. **J. am. Geriatr. Soc.**, New York, v.65, n.8, p.1829-1835, Aug 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queda de Idosos**. Dicas em saúde. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS-SAS nº 224, de 26 de março de 2014. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose**. Diário de Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T.N.; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.68, n.4, p. 633-640, jul-ago. 2015. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0633.pdf> >. Acesso em: 8 set. 2020.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde debate**, Londrina, v.42 n.1, p. 130-144, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0130.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CABERLON I. C; BÓS A. J. G. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n12, p. 3743- 3752, dez. 2015. Disponível em < <https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n12/3743-3752/pt>>. Acesso em: 08 jan. 2021.

CAMÕES M, et al. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sócio comportamentais. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v.12, n.1, p. 96-105, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2016000100010#:~:text=Nos%20dom%C3%ADnios%20da%20Fun%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica,envolvidos%20em%20programas%20de%20exerc%C3%ADcio. Acesso em: 20 set. 2020.

CAMARGO, M. C. S.; BONFIM, W. C. Osteoporose e Expectativa de Vida Saudável: estimativas para o Brasil em 2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 106-112, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010150.pdf>. Acesso em: mai. 2019.

CARDOSO, J. D. C. et al. Capacidade funcional de idosos residentes em zona urbana. **Rev. Enferm. UFSM – REUFMSM**, Santa Maria, RS, v. 9, n.19, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34095>. Acesso em: mai. 2019.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P., GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

CARVALHAES F, CHOR D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no brasil. **Rev. bras. Ci. Soc. [Internet].**, São Paulo, v.31, n.92, p.1-27, out. 2016. Disponível em: [scielo.br/pdf/rbcsoc/v31n92/0102-6909-rbcsoc-3192072016.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v31n92/0102-6909-rbcsoc-3192072016.pdf). Acesso em: 17 out. 2020.

CATALANO, A. et al. Pain in Osteoporosis: From Pathophysiology to Therapeutic Approach. **Drugs aging.**, Auckland, v.34, n.10, p. 755–765, 2017.

CAVALCANTI, K.F. et al. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. **Av. Enferm.**, Bogotá, v.34, n.3, p.259-267, 2016. Disponível em : <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a06.pdf> . Acesso em: 23 set. 2020.

CESTARI, V. R. F. et al. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. **Rev. Bras. Enferm. [Internet].**, Brasília, v.69, n.6, p. 1129-1137, nov-dez 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1195.pdf> . Acesso em: 18 julh. 2019.

CHAN, C. Y. et al. Levels of Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Osteoporosis and the Associations with Bone Mineral Density among Populations More Than 40 Years Old in Malaysia. **Int. j. environ. res. public health (Internet).**, Basel, v.16, n.21, p.1-22, 2019.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.12, p. 3641–3652, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n12/3641-3652>. Acesso em: 2 out. 2020.

CHEN, L.; HOU, P. H.; CHEN, K. H. Nutritional Support and Physical Modalities for People with Osteoporosis: Current Opinion. **Nutrients.**, v.11, n.12, p. 1-15, 2019.

CHEN et al. Prevalence of and factors associated with adopting bone health promoting behaviours among people with osteoporosis in Taiwan: a cross-sectional study. **BMJ Open**, London, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e015980>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CHIBANTE, C. L. et al. O gerenciamento do cuidado de enfermagem aos clientes idosos: a busca por evidências. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 10, supl., p.848-58, 2016.

CLARES, J. W. B. et al. ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.72, n.2, p.199-206, out. 2019. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0191.pdf >. Acesso em: 4 set. 2020.

COELHO, A.C. et al. Crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes coronariopatas. **REME – Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, p. 1-8, v.20, e980, 2016. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1116>. Acesso em: 4 set. 2020.

COELHO LP, MOTTA LB, CALDAS CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 1-19, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280404.pdf> . Acesso em: 4 set. 2020.

COIMBRA, V. S. A. et al. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, v.7, suppl 2, p.967-975, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0912.pdf. Acesso em: 21 jan. 2021.

COLUSSI, E. L.; PICHLER, N. A.; GROCHOT, L. Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [Internet], Rio de Janeiro v. 22, n.1, p. 1-8, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n1/pt_1809-9823-rbgg-22-01-e180157.pdf . Acesso em: 4 set. 2020.

COSTA A. L. D. et al. Osteoporosis in primary care: an opportunity to approach risk factors. **Rev Bras Reumatol**, Campinasv. 56, n.2, p. 111-116, 2015.

COSTA, I. P. et al. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0213, p.1-9 2018. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0213.pdf>. Acesso em: 4 set. 2020.

CUNHA, E. P. et al. **Osteoporose: Tratamento.** Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, Jan. 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/ans/osteoporose-tratamento.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

CURTA, J.C.; WEISSHEIMER, A.M. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.41, Mai. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000200425&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2019.

CRUZ, P. K. R. et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro v.23, n.6, 2020. Disponível em: [scielo.br/pdf/rbgg/v23n6/pt_1809-9823-rbgg-23-06-e190113.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v23n6/pt_1809-9823-rbgg-23-06-e190113.pdf) . Acesso em: 18 ago. 2020.

CYPEL, M.C. et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.80, n.3, p. 159-164, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492017000300159. Acesso em: 13 set. 2020.

DELALIBERA, M.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1105–1117, jun. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1105.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política nacional de saúde da pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016. Disponível em : <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54631/40721>. Acesso em: 21 jan. 2021.

ELOIA, S.C. et al. Atenção da enfermagem à saúde do idoso: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. [Internet]**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p. 1687-1694, out./dez 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770036.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

FALLER, J. W. et al. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.70, n.1, p. 22–30, jan-fev 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0022.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

FARIAS, L. T. M.; LAGO, C.C. L.; ANDRADE J. C. S. Osteoporose: uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da enfermagem. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v.4, n.2, p. 222-236 , Jul./Dez 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/646/550>. Acesso em: 07 ago. 2019.

FERREIRA, E.; PORTELLA M.R.; DORING M. Alterações dos pés de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 363-370 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt_1809-9823-rbgg-21-03-00352.pdf. Acesso em: 18 julh. 2019.

FERRETTI F. et al. Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. **BrJP**, São Paulo, v.2, n.1, p. 3-7, jan-mar 2019. Disponível em : https://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/pt_2595-0118-brjp-02-01-0003.pdf. Acesso em: 19 set. 2020.

FLORINDO, A. A. et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v.30, n.4, p.913-24, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbefe/v30n4/1807-5509-rbefe-30-04-0913.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FLUETTI M. T. et al. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v..21, n.1, p. 62-71 jan./fev. 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt_1809-9823-rbgg-21-01-00060.pdf >. Acesso em: 18 julh. 2019.

FONSECA A, MEDEIROS S. Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. **Psicol. saúde doenças.**, Lisboa, v.20, n.3, p.711-725, 2019. Disponível em < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v20n3/v20n3a13.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2020.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FRANÇA, N. A.G.; MARTINI, L. A. Cálculo. In: ILSI Brasil – International Life Sciences Institute do Brasil. Funções plenamente reconhecidas de nutrientes. São Paulo: ILSI-Brasil, 2014. v.1, 23 p. (Série de Publicações ILSI Brasil).Disponível em < <http://ilsibrasil.org/wp-content/uploads/sites/9/2018/10/Fasc%C3%ADculo-C%C3%81LCIO-ok-autora.pdf> >. Acesso em: 07 fev. 2021

FRIEDRICH, T. L. et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.22, n.65, p. 373–385, 2017. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160833.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2020.

FROES N. D. T. C.; PEREIRA, E. S.; NEGRELLI W. F. Fatores de risco da osteoporose: prevenção e detecção através do monitoramento clínico e genético. **Acta. Ortop. Bras. [Internet]**., São Paulo, v. 10, n.1, p. 52-57, jan/mar 2002. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/aob/v10n1/a07v10n1>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GALI, Julio Cesar. Osteoporose. **Acta. ortop. bras.**, São Paulo, v.9, n.2, p.3-12, Abr./Jun. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522001000200007 . Acesso em 01 ago. 2019.

GAMA, G. A. **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Consulta de Enfermagem à gestante**. 2017. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

GAMA, G. A. et al. Promoção da saúde na gestação: aplicação da teoria de nola pender no pré-natal. **J. Nurs .UFPE [Internet]**., Recife, 10, n. 5, p. 4428-31, Nov, 2016.

GASPAR, A. C. M. et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos que sofreram quedas. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.) [Internet]**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 1070-1076, out/dez 2018. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6324/pdf_1. Acesso em: 27 set. 2020.

GAUTÉRIO D. P et al. Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. • Invest Educ Enferm., Medellin, v.33, n.1, p. 35-43, 2015. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n1/v33n1a05.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GIACOMINI, S. B. L.; FHON, J. R.; RODRIGUES, R. A. P. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.33, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20190124.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

GOLDENBERG, J. Doenças reumáticas nas pessoas idosas: nova realidade, novos desafios. **Einstein.**, Sao Paulo, v.6, n.1, p.S1-S3, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/768Einstein%20v6n1%20Suplemento%20pS1-3.pdf> . Acesso em: 20 julh. 2019.

GOMES, L. B.; Gonçalves J. R. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. **Rev. de Ciênc. Human.**, Florianópolis, v. 49, n. 2, p. 118-139, 2015.

Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2015v49n2p118>

GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.64, n.5 Brasília Sept./Oct. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500019. Acesso em: 13 jun. 2019.

GUNENDI, Z. et al. Is the word "osteoporosis" a reason for kinesiphobia?. **Eur. J. Phys. Rehabil. Med.**, Torino, v. 54, n. 5, feb 2018.

GUIMARÃES A. C. et al. Atividades grupais com idosos institucionalizados: exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar. **Pesqui. prá. Psicossociais**, São João del Rei, v.11 n.2, P.443-452, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n2/13.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

GURBAN, C.V. et al. Bone turnover markers in postmenopausal osteoporosis and their correlation with bone mineral density and menopause duration. **Rom. J. Morphol. Embryol.**, Bucuresti, v.60, n.4, p.1127-1135, 2019.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1361-1374, 2020.

HIPÓLITO, V. R. F. et al. Riscos para o desencadeamento da osteoporose em idosos. **Rev. enferm. UFPE [Internet]**, Recife, v.13, n.1, p.148-54, jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236881/31143> 31143 Acesso em 22 mair. 2019.

HOLMBERG, T. et al. Socioeconomic status and risk of osteoporotic fractures and the use of DXA scans: data from the Danish population-based ROSE study. **Osteoporosis int.**, London, v.30, n.2, p. 343–353 London , nov. 2018.

IBGE. **Tábua de mortalidade**. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro: IBGE, dez. 2017.

Disponível em

< ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf>. Acesso em 13 ago. 2019.

INCA. **Rede Câncer**. Publicação Trimestral do Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rede_cancer_10.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

INOUYE, K. et al. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 44, e142931,2018.. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ep/v44/1517-9702-ep-S1678-4634201708142931.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

INTO. **Como reduzir quedas no idoso**, Rio de Janeiro: INTO, 2015. Disponível em <https://www.into.saude.gov.br/lista-dicas-dos-especialistas/186-quedas-e-inflamacoes/272-como-reduzir-quedas-no-idoso>. Acesso em: 30 nov. 2019.

ISHTAYA, G. A et al. Osteoporosis knowledge and beliefs in diabetic patients: a cross sectional study from Palestine. **BMC musculoskelet. disord.**, London, v.19, n.1, p. 1-8, 2018.

JAKOBSEN, P. R et al. Left in limbo - Experiences and needs among postmenopausal women newly diagnosed with osteoporosis without preceding osteoporotic fractures: A qualitative study. **Post. Reprod. Health.**, London v. 24, n.1, p.26-33, Mar 2018. Acesso em: 23 abr. 2019

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, abr-jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

JENSEN, A. L. et al. The Impact of Multifaceted Osteoporosis Group Education on Patients' Decision-Making regarding Treatment Options and Lifestyle Changes. **J. Osteop.**, Bind, v.2018, p. 1-10, Mar., 2018. Disponível em <https://www.hindawi.com/journals/jos/2018/9703602/>. Acesso em: 23 mai. 2019.

JESUS, M.A.T.; SZCZEREPA, S.B. Composição nutricional do cardápio de uma instituição de longa permanência de idosos maiores de 70 anos em Ponta. *Rev. Assoc. Bras. Nutr.* São Paulo, 8, v. n.2, p.27-36, jul-dez. 2017. Disponível em < <https://rasbran.emnuvens.com.br/rasbran/article/view/519/184> . Acesso em: 21 set. 2020.

JÚNIOR SOUZA, E. Á. Et al. Significado e considerações sobre a osteoporose por mulheres com e sem diagnóstico da doença. **ABCS Health Sci.**, Santo André, v.44, n.1, p. 22-27, 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995008/44abcs22.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

KALISCH ELLETT, L. M. et al. Patient-specific prescriber feedback can increase the rate of osteoporosis screening and treatment: results from two national intervention, **Arch. Osteop.**, London, v.12, n.1, p. 1-17, dec 2017. Acesso em: 23 abr. 2019.

KALLURU, R. et al. Randomised trial assessing the impact of framing of fracture risk and osteoporosis treatment benefits in patients undergoing bone densitometry. **BMJ Open.**, London, v. 7, n.2, p. 1-8, 2017. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013703>. Acesso em: 23 ago. 2020.

KANIS, J.A. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. **Osteoporos Int.**, London, v.30, n.1, p.3-44, jan. 2019. Acesso em: 08 jan. 2021.

KESSLER, M. et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.27, n.2, p. 1-12, 2018. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n2/2237-9622-ess-27-02-e2017389.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

KUWAE, C.A et al. Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.621-630, 2015 Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00621.pdf> . Acesso em: 2 set. 2020.

LEANDRO T.A. et al. Quirino GS, Oliveira DR. Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.72, n.2, p. 326-333, 2019. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0311.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.

LIPSCHITZ, D.A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Prim. Care, Philadelphia v.21, n.1, p.55–67, 1994.

LIRA, L.N. et al. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **Av. Enferm.**, Bogotá, v.33, n.2, p.251-260, 2015. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a07.pdf> . Acesso em: 15 mai. 2019.

LOURES M. A. R. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da osteoporose em homens. **Rev. Bras. Reumatol.**, Campinas, v.57, spl.2, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s497.pdf . Acesso em: 15 set. 2020.

LOZANO-CÁRDENAS, D.; MUNEVAR-SUÁREZ, A. J.; COBO-MEJÍA, E. A. Riesgo de fracturas osteoporóticas en adultos mayores. **Rev. cuba. med. gen. integr.**, Habana v.36, n.1, p.1-14, 2020. Disponível em <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n1/1561-3038-mgi-36-01-e1089.pdf> .. Acesso em: 15 set. 2020.

LUZ, T. D. A. **Análise da Atividade Física e Qualidade de Vida em Estudantes de Ciências do Desporto**. 2015. 65f. Dissertação(Mestrado em Atividade Física em Contexto Escolar)- Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

MACHADO, A. L. C. et al. Uso de medicamentos que aumentam o risco de queda entre pacientes com osteoporose na pós-menopausa. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.28, n.5, p.138-145, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2450>. Acesso em: 9 set. 2020.

MAIA, M. A. M. et al. Identificação do risco de fratura osteoporótica em idosos utilizando a ferramenta FRAX®. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.26, supl 8, p. S200-S205, 2016.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1799-1809, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1799.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

MANGANO, K. M. et al. Higher Dairy Intakes Are Associated with Higher Bone Mineral Density among Adults with Sufficient Vitamin D Status: Results from the Boston Puerto Rican Osteoporosis Study. **J. Nutr.**, v. 149, n.1, p.139-148, 2019.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.12, p. 3653–3668, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3653.pdf> . Acesso em: 9 set. 2020.

MAEDA, S. S. et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo v.58 n.5, p.411-433, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500411. Acesso em 30 julh. 2019.

MARCONI, M. De A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 8ª ed., 2017.

MARQUES, M. A. A. et al. Caracterização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para tratamento da osteoporose utilizados no Brasil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 3, p, 183-188, set./dez. 2016.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO, A. D. P. F. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, Jan 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n1/1678-4561-csc-24-01-0105.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

MATÍA-MARTÍN, P. et al. Effects of Milk and Dairy Products on the Prevention of Osteoporosis and Osteoporotic Fractures in Europeans and Non-Hispanic Whites from North America: A Systematic Review and Updated Meta-Analysis. **Adv. nutr.**, New York, v.1, n.10, p. S120–S143, 2018.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em maceió/al. **Psicol. saúde doenças.**, Lisboa, v.18, n.3, p.801-813, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a14.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

MEĐRELA-KUDER, E, SZYMURA K. Selected anti-health behaviours among women with osteoporosis. **Rocz. Panstw. Zakl. Hig.**, Warszawa, v.69, n. 4, p.397-403, 2018.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA.; M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro v.24, n.12, p. 4593-4598, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4593.pdf>. Acesso em 12 ago. 2020.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 328-340, 2018. Disponível em < <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt> >. Acesso em: 20 jan. 2021

MELO, P. O. C et al. Formação para atuar com a pessoa idosa: percepção de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Enferm. Foco**, Brasília, v.10, n.2, p. 103-109, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1948>. Acesso em 21 ago. 2020. Acesso em 30 julh. 2019.

MENDES, A. J. B.; PONTE, K. M. de A.; FARIAS, M. S. Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos, de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v.18, n.4, p. 269-287, 2015.

MENDES, J. L. V. et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura **Rev. Educ. Meio Amb. Saú.**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 13-26, 2018. Disponível em: <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165>. Acesso em: 18 set. 2020

MENDES, P.N. et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v.32, n.1, p.87-94, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n1/1982-0194-ape-32-01-0087.pdf> . Acesso em 9 ago. 2020.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Rio de Janeiro, 2012, v.71, n.1, p. 23-7, 2012. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/33543425.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2021.

MIKO, I. et al. Effect of a balance-training programme on postural balance, aerobic capacity and frequency of falls in women with osteoporosis: A randomized controlled trial. **J. Rehabil. Med.**, Stockholm, v.50, n.6, p.542-547, 2018.

MIRANDA, D. P. et al. Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual[Internet]**, Rio de Janeiro, p. 120-129, 2017. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/560/531>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19 n.3, 2016. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf . Acesso em 30 julh. 2019.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.67, n.5, p.803-9 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0803.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

MONTEIRO, A. N. P. A. et al. Estudos Nacionais sobre as Assistências de Enfermagem e de Psicologia ao Idoso Residente em Instituição de Longa Permanência. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.12, n. 41, p. 1048-1067, 2018. Disponível em< <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1214/1871>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MONTERROSO, L. E. P.; SÁ, L. O, JOAQUIM, N. M. T. Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspetos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n.3, p. 1-9, 2017. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e56234.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p. 54-66, 2010. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

MORAES, L. F. S. et al. Gastos com o tratamento da osteoporose em idosos do Brasil (2008 – 2010): análise dos fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.719-734, jul-set 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v17n3/pt_1415-790X-rbepid-17-03-00719.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019.

MOTA, L. S.; SOUSA, E. G.; AZEVEDO, F. H. C. Intercorrências da osteoporose na qualidade de vida dos idosos. **Rev. Inter. NOVAFAPI**, Teresina, v.5, n.2, p.44-49, abr-jun, 2012. Disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n2/rev/rev1v5n2.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

NACHSHON, L.; KATZ, Y. The importance of "milk bones" to "wisdom bones" - cow milk and bone health - lessons from milk allergy patients. **Harefuah.**, Tel Aviv, v.155, n.3, p.163-196, 2016.

NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. S. (Orgs). **Antropologia para enfermagem**. Barueri, São paulo: Manoele, 2009.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**, Brasília , v.71, n.1, p.243-248, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf. Acesso em: 16 nov. 2019.

NAVARRO, J. H. N et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.461–470, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0461.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

NEGRINI, E. L. D. et al. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21 n.5 set.-oct. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00523.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

NOBRE, F. C. A Amostragem na Pesquisa de Natureza Científica em um Campo Multiparadigmático: Peculiaridades do Método Qualitativo. **Revista Espacios**, São Paulo, v. 38, n. 22, p.1-11, 2017. Disponível em <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NUNES, D. P. et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.21, n.2, p.1-14, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180020.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

OLIVEIRA, J. S. et al. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **J. Health Biol Sci.**, Fortaleza v.7, n.4, p.395-398, 2019.

OLIVEIRA, M. R.; ROCHA, S. Fibromialgia: o que é, causas, sintomas, doenças relacionadas, tratamentos e atuação psicológica. **Nucleus**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, 2019.

PAMPOLIM, G. et al. Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos restritos ao lar. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v.27, n.2, p. 235-243, 2017. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n2/pt_15.pdf >. Acesso em: 12 out. 2020.

PARK, K. S. et al. Education and exercise program improves osteoporosis knowledge and changes calcium and vitamin D dietary intake in community dwelling elderly. **BMC Public Health.**, London, v1.7, n.1, p.966, 2017.

PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. H. F. D.; FIGUEIREDO, G. Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.4, p. 943-957, 2017. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-943.pdf> >. Acesso em: 12 out. 2020.

PAZ, L. P. S. et al. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p. 2503-2514, 2018. Disponível em < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/33523> >. Acesso em: 6 out. 2020.

PATRÃO, A. L.; ALVES, V. P.; NEIVA, T. Propriedades psicométricas da escala de autoeficácia geral em idosos brasileiros. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.18, n.1, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a03.pdf>. Acesso em: 6 out. 2020.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSON, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice**. 7th edition. New Jersey: Person, 2014.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.32 n.5, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00178814.pdf> . Acesso em: 6 out. 2020.

PEREIRA, A. B. S. et al. Atenção ao climatério realizada por profissionais da estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 1-8, 2016. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947034>. Acesso em: 18 jan. 2021.

PETERS, B. S. E.; MARTINI, L. A. **Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes Vitamina D**. ILSI Brasil, São Paulo, 2ª ed., 2014. Disponível em: http://ilsil.org/brasil/wp-content/uploads/sites/9/2016/05/artigo_vitamina_d.pdf. Acesso em: 16 mai. 2019.

PIMENTA C. J. L. et al. Prevalência de quedas em idosos atendidos em um centro de atenção integral. **REME – Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, 2017, v. 21, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1045.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n. 5, p.1699-1708, 2020. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1699.pdf>. Acesso em: 2 out. 2020.

PRADO, S. D. et al. **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, v. 5, p. 11-16. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/37nz2/pdf/prado-9788575114568-01.pdf>. Acesso em: 2 out. 2020.

RADOMINSKI, S. C.; et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, v.57, Supplement 2, 2017, p. 452-466. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s452.pdf. Acesso em: 16 mai. 2019.

RESNICK, B. et al. The impact of osteoporosis, falls, fear of falling, and efficacy expectations on exercise among community-dwelling older adults. **Orthop. Nurs**, v.33, n.5, p.277-286, sept, 2014.

RIBEIRO, I. A. et al. Síndrome do idoso frágil em idosos com doenças crônicas na Atenção Primária. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.53, p.1-9, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt_1980-220X-reeusp-53-e03449.pdf. Acesso em: 2 out. 2020.

ROBLIN, D.W. et al. Evaluation of a "Just-in-Time" Nurse Consultation on Bone Health: A Pilot Randomized Controlled Trial. **Perm. J.** Oakland, v.21, p. 1-12, 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5528825/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ROCHA, A. P. R. et al..Association between osteoporosis, health-related productivity loss and use of hospital services in outpatients of the Brazilian National Health System. **Motriz: Rev. educ. fis.**, Rio Claro, v.23 n.3, p.1-7, 2017. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/motriz/v23n3/1980-6574-motriz-23-e101749.pdf> >. Acesso em: 2 out. 2020.

RODRIGUES, I. G.; BARROS, M. B. A. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 294-306, abr-jun 2016. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2016.v19n2/294-306/>. Acesso em: 22 mai. 2019.

ROCHA-BRAZ, M.G.M.; FERRAZ-DE-SOUZA, B. Genética da osteoporose: em busca de genes candidatos para fragilidade óssea. **Arco. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.60 n.4, ago. 2016.

ROH, Y. H. et al. Factors affecting willingness to get assessed and treated for osteoporosis. **Osteoporosis int.**, London, v.30, n.7, p. 1-7, 2019. doi:10.1007/s00198-019-04952-5

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.1-13, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v22n1/pt_1809-9823-rbagg-22-01-e180138.pdf. Acesso em: 9 out. 2020.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 3021–3032, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3021.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

SCHENKER, M.; COSTA, DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n4/1369-1380/pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. Av., São Paulo**, v.32 n.92, p. 47-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SANTOS, E. D. G. M. et al. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicol. conoc. Soc.**, Montevideu, v.9, n.1, p. 258-282, 2019. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-205.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

SANTOS, G. F.; SALAY, E. Afeto e percepção de riscos e benefícios à saúde de indivíduos em relação ao açaí, município de Coari, Amazonas. **Acta amaz.**, Manaus, v.44, n.3, p. 329 – 334, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aa/v44n3/a05v44n3.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SANTOS, I.; SOARES, C. S.; BERADINELLI, L. M. M. Promovendo o autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia: aplicação do diagrama de pender. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.301-306, 2013. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a04.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SANTOS, L. et al. **Promoção da Saúde: da Investigação à Prática**. Lisboa: SPPS, Editora, LDA, 1ª ed., v.1, 2015.

SANTOS, M. S. et al. Práticas integrativas e complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, 2018. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1256>>. Acesso em 15 mai. 2019

SANTOS P. H. F. et al. Diagnóstico de Enfermagem de Risco de Quedas em idosos da atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.73 supl.3, 2020. Disponível em : https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s3/pt_0034-7167-reben-73-s3-e20180826.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

SANTOS, R. A. A. S. et al. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev. Pesq. Saúde**, São Luís, v.17, n.3, p. 179-183, set-dez, 2016. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/6793/4335>
. Acesso em: 08 ago. 2020

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 747-754, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/13.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SAPORETTI, G. M.; MIRANDA, P. S. C.; BELISÁRIO, S. A. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio à saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.14 n.2, p.523-543, 2016. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00113.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2021.

SCORTEGAGNA, H. M.; PICHLER, N. A.; FÁCCIO, L. F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 293–300, 2018. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt_1809-9823-rbgg-21-03-00293.pdf >. Acesso em: 21 ago. 2020.

SEUFFERT, P. et al. Evaluation of osteoporosis risk and initiation of a nurse practitioner intervention program in an orthopedic practice. **Arch Osteoporos**, London, v. 11, n.10, p.1-10, 2016.

SHIN, H.Y. et al. Association between the awareness of osteoporosis and the quality of care for bone health among Korean women with osteoporosis. **BMC musculoskelet. Disord.**, London, v.15, n.1, p.1-7, 2014.

SILVA, A. C. V. et al. Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas à densitometria óssea. **Rev. Bras. Reumatol., Campinas vol.**, v.55, n.3, mai./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0223.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SILVA, A. I. V. et al. Densidade mineral óssea e níveis de minerais sanguíneos em ratos após ingestão diária de café e refrigerantes à base de cola e guaraná. **Rev. Cient. Unilago**, São José do Rio Preto, v. 1 n. 1, p.1-12, 2017. Disponível em <http://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/58>. Acesso em: 30 nov. 2019.

SILVA, D. M. et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.7, p. 2183–2191, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2183.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.13, n.1, p. 49-57, 2014.

SILVA, M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B.. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.71, n.5, p. 2461–2468, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2461.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

SILVA, J. P. et al. Fatores biopsicossociais associados com a incapacidade em idosos com dor lombar aguda: estudo BACE-Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.2679-2690, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n7/1413-8123-csc-24-07-2679.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020.

SLVA, J. S. et al. Ações na atenção básica para a prevenção de quedas em idosos. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.22798-22808, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9441/7959>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SOARES, G. F. C.; ANDRADE, E. G. S. A osteoporose: um dos principais fatores responsável de fraturas em idosos e sua relevância. **Rev. Inic. Cien.t Ext. [Internet]**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.24-29, 2019. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/138>. Acesso em: 11 ago. 2019.

SOARES K. A.; OLIVEIRA FILHO M. B. Os efeitos da atividade física na remodelação óssea. **Jorn. Inter. Bioc.**, Piauí v.2, n.1, 2017. Disponível em <https://revistas.ufpi.br/index.php/jibi/article/view/5313/3420>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOUSA C. J.; OLIVEIRA M. L. C. Análise do risco de fraturas ósseas em mulheres idosas por meio da ferramenta FRAX. **Comun. ciênc. saúde.**, Brasília, v. 31, n.4, p. 1-11, 2020. Disponível em <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/696/418>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOUSA C. J.; OLIVEIRA M. L. C. Ferramenta FRAX no Brasil: revisão integrativa da literatura após sua validação. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 111-118, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt_1809-9823-rbgg-21-01-00108.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

SOUTO, J. F.; RIBEIRO, P. C. C.; LOURENÇO, R. A. Medo de quedas e atividades avançadas da vida diária em idosos. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, Sao Paulo, v.29, n.3, p.215-222, set.-dez 2018.

SOUZA, H. A et al. Limitação funcional em atividades de vida diária e fatores associados em idosos da universidade da maturidade. **Rev Human Inov.**, Palmas, v.6, n.11, p.89-97, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1575>. Acesso em: 14 set. 2020.

SOUZA M. P. G. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. **Rev Bras Ortop.**, Rio de Janeiro, v.45, n., p.220-229, 2010. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162010000300002. Acesso em: 11 jan. 2021.

SOUZA, R. D.; MORAIS, D. C. M. Qualidade de vida do paciente portador de osteoporose. **Foco: Cad. Estud. Pesq.**, São Paulo, n.9, p.1-25, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3fde/ff12294ef4158318682632fe0411195a7ad8.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

STOLNICKI, B.; OLIVEIRA, L. G. Para que a primeira fratura seja a última. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo v.51 n.2 , p.121-126, Mar./Apr. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v51n2/pt_0102-3616-rbort-51-02-00121.pdf. Acesso em: 08 jan. 2021.

STAMM, T. A. et al. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. **BMC musculoskelet. disord.**, London,, 17(1), p.1-10, 2016.

STEFANO, I. C. A. et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 679–690, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt_1809-9823-rbgg-20-05-00679.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

STEINER, M. L.; STRUFALDI, R.; FERNANDES, C. E. Seleção de medicamentos e avanços no manejo clínico. **Femina**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p. 76-89, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/low_res_feminaZed2.pdf Acesso em: 6 ago. 2019.

STOLNICKI, B.; OLIVEIRA, L. G. Para que a primeira fratura seja a última. **Rev. bras. ortop.**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p. 121–126, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v51n2/pt_0102-3616-rbort-51-02-00121.pdf.

TAQUETTE, S.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 417-434, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00417.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Pesquisa qualitativa em medicina. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22 n.1, jan. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100004. Acesso em: 10 nov. 2019.

TAVARES, D. M. S. et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p. 3305-3313, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3305.pdf> . Acesso em: 14 set. 2020.

TAVARES, R. E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 878–889, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00878.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

TEIXEIRA, D. K. S. et al. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n3/pt_1809-9823-rbgg-22-03-e180229.pdf Acesso em: 4 set. 2020.

TOLDRÁ, R. C. et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **Mundo saúde**, São Paulo, v.8, n.2, p. 159-168, 2014. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

TOMÉ, G. et al. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco – Modelo explicativo. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.16, n.1, mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n1/v16n1a04.pdf> . Acesso em: 13 ago. 2020.

TOMICKI, C. et al. Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos institucionalizados: ensaio clínico randomizado. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.473–482, 2016. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00473.pdf . Acesso em: 13 ago. 2020.

TSAI, A. J. Disparities in osteoporosis by race/ethnicity, education, work status, immigrant status, and economic status in the United States. **Eur. j. intern. med.**, Amsterdam, v. 64, p.85-89, 2019.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. Tabela brasileira de composição de alimentos - TACO. 4. ed. rev. e ampl. Campinas: UNICAMP/NEPA, 2011. 161 p. Disponível em: http://www.nepa.unicamp.br/taco/contar/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada.pdf?arquivo=taco_4_versao_ampliada_e_revisada.pdf. Acesso em: 7 fev. 2021.

VANDENBROUCKE, A.M et al.. Pharmacological treatment of osteoporosis in the oldest old. **Clin Interv Aging**, Londres, v.12, n.6, p. 1065–1077, 2017. Acesso em: 11 jan. 2021.

HERTZ, K.; SANTY-TOMLINSON, J. **Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient** [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018.

VARGAS, E. C. et al. Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com diabetes tipo 2. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.20, n.4, p. 846-850, out/dez 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42572/26931>. Acesso em: 16 mai. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1929-1936, jun. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf> Acesso em: 23 mai. 2019.

XAVIER, R. M. et al. Profile of patients with osteoporotic fractures and factors that decrease prevention. **Acta ortop. bras.**, Sao Paulo, v.27, n.2, p.95–99, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522019000200095. Acesso em: 4 ago. 2020.

ZERBINI, C. A. F. FRAX Modelo Brasil: um texto clínico explicativo sobre limiares para intervenção terapêutica. **Diagn Tratamento**. V.24, n.2, p.41-49, 2019. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015333/rdt_v24n2_41-49.pdf. Acesso em: 03 fev. 2021.

ZHANG M. Effect of HBM Rehabilitation Exercises on Depression, Anxiety and Health Belief in Elderly Patients with Osteoporotic Fracture. **Psychiatr Danu.**, Zagreb, v.29, n.4, p.466-472, 2017. Acesso em: 16 set. 2020.

WANNMACHER, L. **Manejo racional da osteoporose: onde está o real benefício?** Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, v. 1, n. 7, p.1-10, jun. 2004. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=42-manejo-racional-da-osteoporose-onde-esta-o-real-beneficio-v-1-n-7-2004-2&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965. Acesso em: 18 mai. 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa denominada: Promoção da Saúde das pessoas idosas com osteoporose: uma abordagem de enfermagem, de responsabilidade da pesquisadora Samara Gonçalves de Oliveira sob orientação da prof^a Dr.^a Celia Pereira Caldas, que tem por objetivo: Desenvolver uma abordagem educativa para pessoas idosas com osteoporose, baseada no MPS

de Nola Pender.

Sua participação é voluntária e ocorreu por sua espontânea vontade e por estar dentro dos critérios de inclusão da pesquisa: ter idade igual ou superior a 60 anos e ter o diagnóstico de osteoporose.

Os riscos decorrentes desta pesquisa são mínimos e poderão estar relacionados ao cansaço pela duração das entrevistas. Caso isso ocorra, sua participação poderá ser interrompida. Se em algum momento você se sentir constrangido com as perguntas, a pesquisadora responsável estará atenta e irá acolhê-lo(a), ampará-lo(a) e dar o suporte necessário. A pesquisadora se compromete a interagir com a equipe local para que as entrevistas ocorram no melhor horário a fim de não interferir com o seu atendimento no ambulatório. Para evitar a quebra de sigilo e confidencialidade dos seus depoimentos, seu nome será mantido em sigilo e será trocado por um código. As informações colhidas nas entrevistas não são informações que possam trazer prejuízo ao seu acompanhamento no serviço e serão utilizadas apenas para este estudo. A divulgação dos resultados ocorrerá em eventos científicos e/ou publicações científicas.

Quanto aos benefícios, esperamos que a pesquisa contribua para melhorar hábitos e comportamentos relacionados à osteoporose, na prevenção de quedas e fraturas.

A partir do seu consentimento, as entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente. Terão acesso a esta gravação somente a pesquisadora e a orientadora. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Boulevard 28 de setembro, 157, sala 827, Vila Isabel, CEP: 20.551-030, Rio de Janeiro. E-mail: samarasog@gmail.com. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Samara Gonçalves de Oliveira (pesquisador responsável)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Eu, _____ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, da Pesquisa acima descrita.

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE B – Formulário: Caracterização dos participantes**Nome/código:** _____**Idade:** _____**Endereço de residência:** _____**Telefone para contato:****Fixo** (____) _____ **Celular**(____) _____**1.Escolaridade**

Analfabeto ()

1º grau incompleto () 1º grau completo()

2º grau incompleto () 2º grau completo ()

superior incompleto() superior completo()

pós-graduação ()

2.Estado de União

casado() divorciado() solteiro() viúvo() união estável ()

3.Você tem filhos? sim () não ()

3.1 Quantos filhos tem? _____

4.Mora com quem? _____**5. Profissão/ocupação:** _____**6. Renda aproximada da casa:**

1 a 2 salários-mínimos ()

3 a 4 salários-mínimos ()

2 a 3 salários-mínimos ()

5 ou mais 2 salários-mínimos ()

7.Há quantos anos tem conhecimento do seu diagnóstico de osteoporose? _____

8. Esse ano e/ou ano passado você caiu mais de uma vez ? sim () não () não sabe ()

8.1 Quantas vezes caiu em cada ano? _____

9. Você tem medo de cair depois que foi diagnosticado com osteoporose?

sim () não () não sabe ()

10. Além da osteoporose, você possui outra(s) doença(s) crônica(s)?

sim () não () não sabe ()

10.1 Quais?

11. Faz uso de que medicações diariamente para tratar estas doenças? sim () não () não sabe ()

11.1 Quais?

12. Você faz uso de alguma medicação para tratar a Osteoporose?

sim () não () não sabe ()

12.1 Quais?

13. Você realiza alguma atividade física durante a semana? sim () não ()

13.1 Qual (is) e quantas vezes a realiza por semana?

14. Se mulher, há tempo parou de menstruar? _____

15. Você fuma ou já foi fumante? sim () não ()

15.1 Se foi fumante, foi por quanto tempo? _____

15.2 Se é fumante, fuma há quanto tempo? _____

15.3 Quantos cigarros fuma/fumava por dia? _____

16. Você bebe bebida alcoólica? sim () não ()

16.1 Quantos copos por dia/semana?

17. Você bebe café, coca cola, chá preto ou mate sim () não () não sabe ()

17.1 Qual(is) bebe, e quantos copos bebe por dia/semana?

18. Você evita leite, por não gostar, por ser alérgico ou por ter intolerância a lactose? sim

() não () não sabe ()

18.1 Por que evita?

19. Você consome alimentos com cálcio? sim () não () não sabe ()

19.1 Qual (is) consome?

19.2 Quantas vezes consome por dia/semana?

20. Você toma banho de sol? sim () não () não sabe ()

20.1 Por quanto tempo e quantas vezes na semana?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista**Entrevista dirigida:**

1. Você sabe o que é osteoporose?

2. Você sabe o que a osteoporose pode causar?

3. Desde que você sabe que tem osteoporose, você tem feito alguma coisa para se cuidar?

3.1 O que tem feito?

4. O que mais você pode fazer para melhorar sua saúde em relação a osteoporose?

4.1 Você acha que essas coisas vão ser boas para você?

4.2. Você acha que consegue fazer essas coisas?

4.3 Como se sente?

5. Têm alguma coisa que você não consegue fazer para se cuidar?

5.1 Por quê?

5.2 O que te atrapalha a se cuidar (ex: gastos) ?

5.3 Como se sente?

6. Têm pessoas que te ajudam ou atrapalham a se cuidar?

6.1. Quem são, e como influenciam nos seus cuidados?

7. Tem situações que te ajudam ou atrapalham a se cuidar (ex: situações que te deixam ou não deixam seguro e tranquilo para se cuidar)?

7.1 Quais são, e como influenciam nos seus cuidados?

8. Você acredita que consegue evitar o que te atrapalha?

9. A partir do que conversamos, de agora em diante, o que você pode fazer para melhorar sua saúde em relação a osteoporose?

APÊNDICE D –Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação

Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação	
Identificação _____	Data __/__/__

Carimbo/Assinatura Enfa. _____

APÊNDICE E – Orçamento financeiro-2019 a 2021

Os custos da pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador. Estima-se que seja gasto R\$ 7.655,00 na compra de materiais de escritório como: papel A4, cliques, grampeador, grampo para grampeador, canetas, lápis, borracha, pasta de plástico, xerox, encadernação, transporte, cartuchos para impressora, lanches a serem servidos durante os encontros aos participantes, participação em eventos científicos e publicação em periódicos.

<i>Item</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Valor em reais</i>
Papel A4	3 resmas	100,00
Clips	2 caixas	30,00
Grampeador	1 unidade	20,00
Grampos para grampeador	1 caixa	15,00
Canetas	10 unidades	20,00
Lápis preto	1 caixa	30,00
Borracha	5 unidades	10,00
Pasta de Plástico	10 unidades	40,00
Xerox		300,00
Encadernação		100,00
Cartucho preto para impressora	2 unidades	160,00
Cartucho colorido para impressora	1 unidade	80,00
Transporte		3.000,00
Lanches (a serem servidos durante os encontros)	10	600,00
Participação em eventos científicos		3.000,00
Publicação em periódicos		3.000,00
Capa dura-dissertação		150,00
Total		R\$ 7.655,00

ANEXO A – Termo de Autorização institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PESQUISA: Promoção da Saúde das pessoas idosas com osteoporose: uma abordagem de enfermagem

Responsável: Samara Gonçalves de Oliveira

Eu, GERALDO DA ROCHA CASTELAR PINHEIRO - COORDENADOR
(nome legível), responsável pela Instituição
DOS AMBULATÓRIOS DE REUMATOLOGIA DA PFC-UERJ
(nome legível da instituição), declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e autorizo a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para a realização/desenvolvimento da pesquisa.

Serão respeitados os princípios éticos e legais da legislação para a pesquisa envolvendo seres humanos- CNS 466/12.

Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos. Desde já agradecemos. Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:

Mestranda Samara Gonçalves de Oliveira. E-mail: samarasog@gmail.com

Prof. Dr. Celia Pereira Caldas. E-mail: celpcaldas@hotmail.com

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020.

Responsável pela Instituição (assinatura e carimbo legível)

Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro
Reumatologista
CRM 52.37443-0

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona as segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

ANEXO B - Tabela de consumo mensal e diário de alimentos ricos em cálcio

		Variáveis				
	Consumo e alimentos ricos em cálcio	Quantidade de Alimentos consumidos por mês (g)	Cálcio (mg)/mês	Quantidade de Alimentos consumidos por dia(g)	Cálcio (mg)/dia	Total de cálcio (mg)/dia
E1	Não consome	-----	-----	-----	-----	-----
E2	Sim	1 kg queijo minas/ mês (1.000g)	5.790	33	193	210.7
		5 colheres de sopa couve refogada 3 vezes/ mês (300g)	531	10	17.7	
E3	Não consome	-----	-----	-----	-----	-----
E4	Sim	30 xícaras de café com leite integral /mês (3.600g)	4.425	120	147.5	494.5
		60 fatias de queijo minas/mês(1.800g)	10.410	60	347	
E5	Sim	30 copos de leite desnatado/mês (7.200g)	9.660	240	322	374
		4 xícaras de espinafre /mês (760g)	852	25.3	28.4	
		4 pratos rasos de rúcula /mês (120g)	140	4	4.6	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 2 vezes/mês (100g)	52	3.3	1.7	
		1 potinho de iogurte de morango 4 vezes/ mês (520 g)	520	17.3	17.3	
E6	Sim	30 xícaras de café com leite desnatado/mês (3.600g)	4.830	120	161	245.4

		1 fatia de queijo minas 2 vezes/mês (60g)	347	2	11.5	
		5 colheres de sopa couve refogada 4 vezes/mês (400g)	708	13.3	23.6	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 2 vezes/mês (100g)	52	3.3	1.7	
		1 pote grande de iogurte natural 2 vezes mês (1000g)	1.430	33,3	47.6	
E7	Sim	1 prato raso de mingau de aveia 4 vezes/mês (400g)	2.088	13,3	69.6	871.5
		30 copos de leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	
		60 xícaras de café com leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	
		1 fatia de queijo minas 12 vezes/mês (360g)	2.082	12	69.4	
		30 colheres de sopa de requeijão/mês (900g)	2.340	30	78	
E8	Sim	30 copos leite desnatado/ mês(7.200g)	9.660	240	322	521.5
		1 fatia de queijo minas 30 vezes /mês (900g)	5.205	30	173.5	
		1 potinho de iogurte de morango 6 vezes/mês (780g)	780	26	26	
E9	Sim	90 copos de leite desnatado/mês (21.600g)	28.980	720	966	1.494.6
		2 fatias de queijo minas 12 vezes/mês (720g)	4.164	24	138.8	

			8.580	200	286	
		30 potinhos de iogurte natural/mês (6.000g)	1.416	26.6	47.2	
		5 colheres de sopa de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.704	50.6	56.6	
		1 xícara de espinafre cozido 8 vezes/mês(1.520)				
E10	Sim	30 potinhos de iogurte de morango/mês (3.900g)	3.900	130	130	609.1
		2 fatias de queijo minas 30 vezes/mês (1.800)	10.410	60	347	
		30 colheres de sopa de requeijão/mês (900g)	2.340	30	78	
		5 colheres de sopa de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.416	26.6	47.2	
		5 colheres de sopa brócolis cozido 8 vezes/mês (400g)	208	13.3	6.9	
E11	Sim	60 xícaras de café com leite integral/mês(7.200g)	8.850	240	295	295
E12	Sim	30 xícaras de café com leite integral/mês (3.600g)	4.425	120	147.5	280.9
		1 fatia de queijo minas 8 vezes/mês (240g)	1.388	8	46.3	
		5 colheres de sopa de couve refogada 4 vezes/meses (400g)	708	13.3	23.6	
		5 colheres de brócolis cozido 8 vezes /mês (400g)	208	13.3	6.9	
		1 xícara de espinafre	1.704	50.6	56.6	

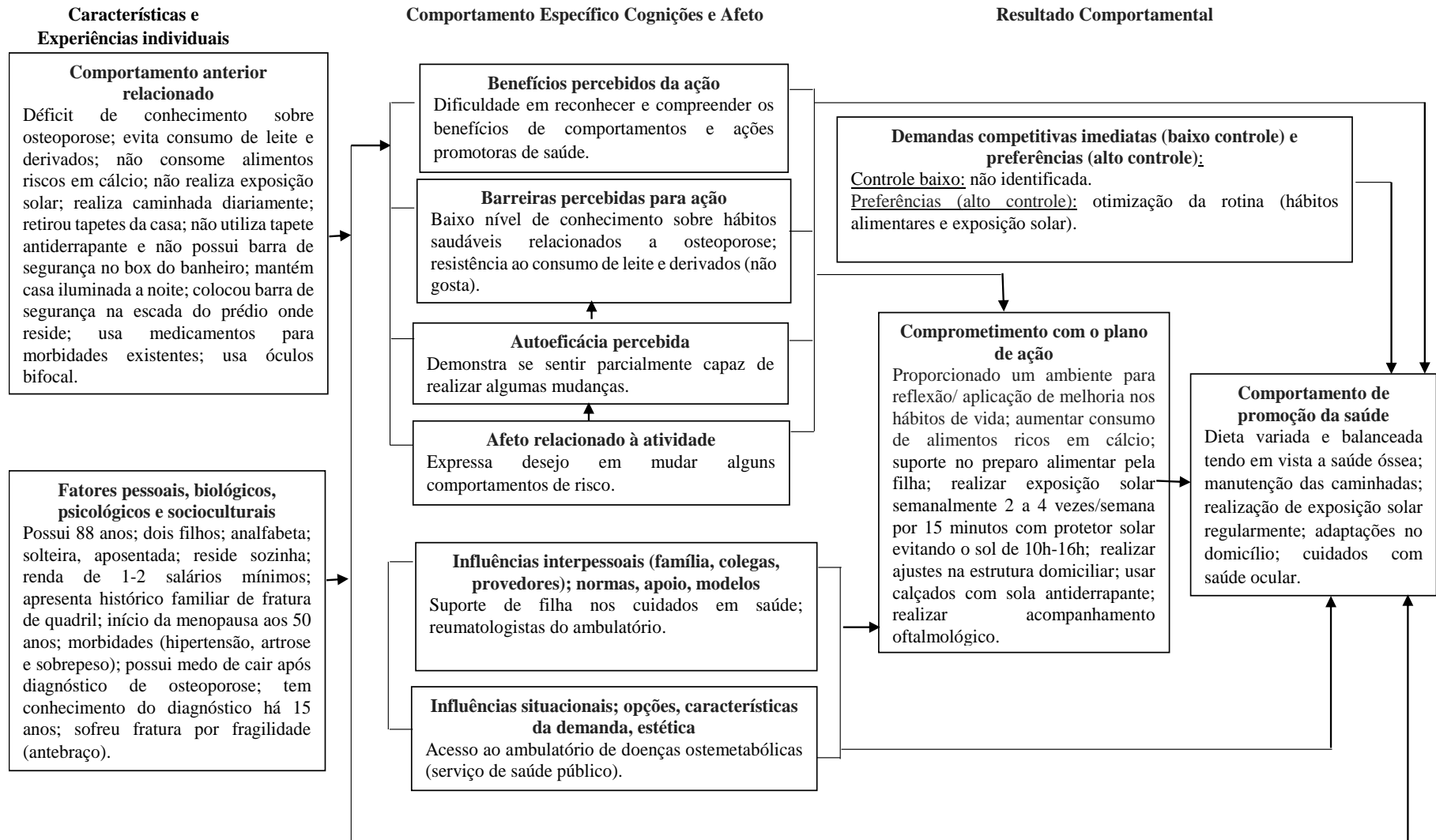
		cozido 8 vezes/ mês(1.520)				
E13	Sim	30 copos de leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	476.8
		30 colheres de sopa de requeijão/mês (900g)	2.340	30	78	
		5 colheres de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.416	26.6	47.2	
		1 xícara de espinafre 8 vezes/mês(1.520)	1.704	50.6	56.6	
E14	Sim	30 potinhos de iogurte de morango /mês (3.900g)	3.900	130	130	955.9
		2 fatias de queijo minas 30 vezes/mês (1.800)	10.410	60	347	
		30 copos de vitamina com leite/mês (7.200g)	8.850	240	295	
		5 colheres (suco de couve) 30 vezes/mês (3.000g)	5.310	100	177	
		5 colheres de brócolis cozido 8 vezes / mês (400g)	208	13.3	6.9	
E15	Sim	1 fatias de queijo 12 vezes/ mês (360g)	2.082	12	69.4	138.7
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 20 vezes/mês (1.000g)	520	33.3	17.3	
		5 colheres de sopa de couve refogada 4 vezes/mês (400g)	708	13.3	23.6	
		1 xícara de espinafre cozido 4 vezes/mês (760g)	852	25.3	28.4	

E16	Não consome	-----	-----	-----	-----	-----
E17	Sim	1 fatia de queijo minas 7 vezes/mês (210g)	1.214	7	40.5	65.8
		5 colheres de sopa de couve refogada 4 vezes/mês (400g)	708	13.3	23.6	
		5 colheres de brócolis cozido 2 vezes/mês (100g)	52	3.3	1.7	
E18	Sim	2 fatias de queijo minas 30 vezes/mês (1.800)	10.410	60	347	1.437
		90 copos de leite integral/mês (21.600g)	26.550	720	885	
		30 potinhos de iogurte de morango/mês (3.900g)	3.900	130	130	
		5 colheres de sopa de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.416	26.6	47.2	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 8 vezes/mês (400g)	208	13.3	7	
		1 xícara de espinafre cozido 3 vezes/mês (570g)	639	19	21.3	
E19	Sim	30 xícaras de café com leite integral/mês(3.600g)	4.425	120	147.5	147.5
E20	Sim	30 copos de leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	583.9
		30 xícaras de café com leite integral/mês (3.600g)	4.425	120	147.5	

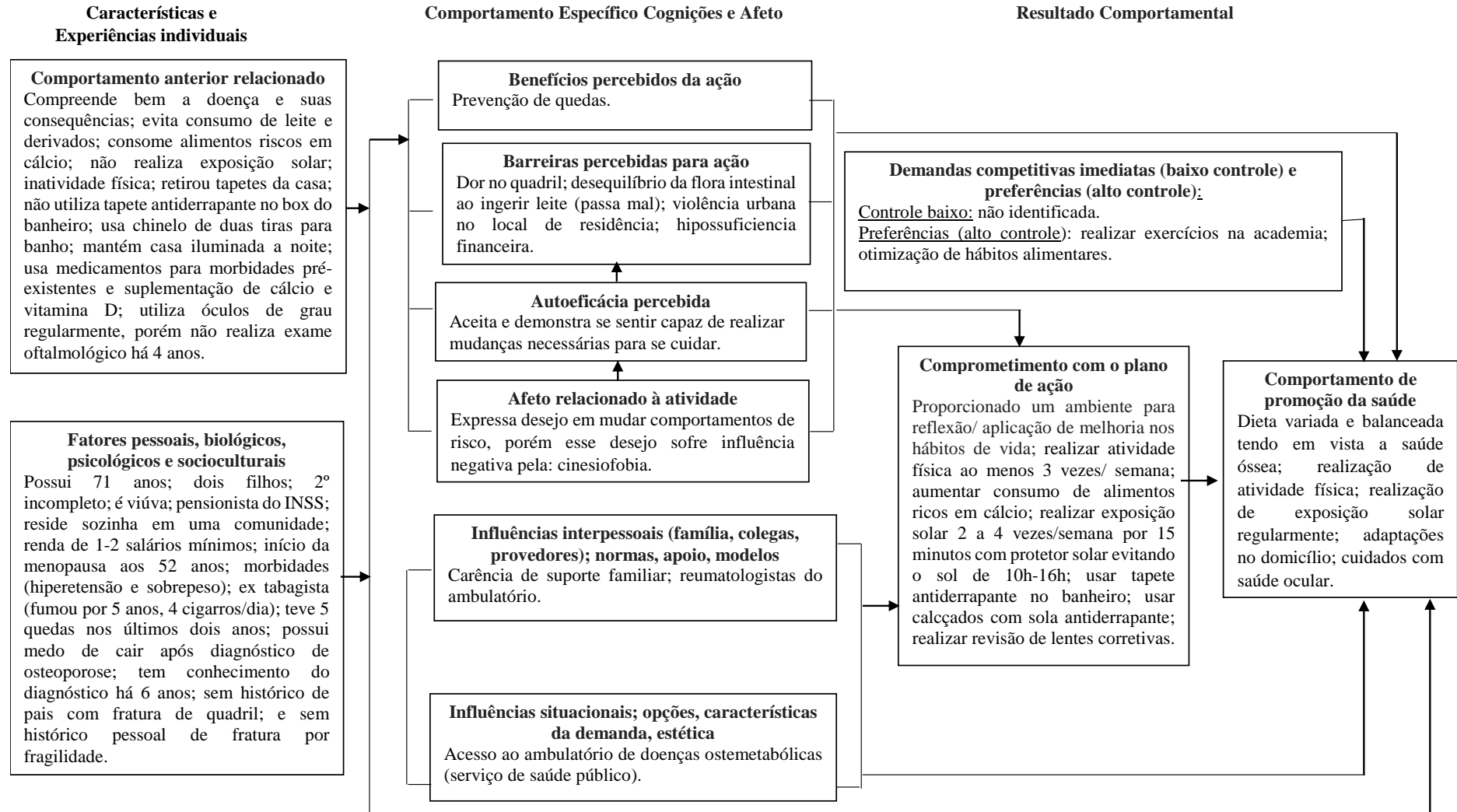
		1 fatia de queijo minas 12 vezes/mês (360g)	2.082	12	69.4	
		5 colheres de sopa de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.416	26.6	47.2	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 4 vezes/ mês (200g)	104	6.6	3.5	
		1 xícara de espinafre cozido 3 vezes/mês (570g)	639	19	21.3	
E21	Sim	30 copos de leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	438.5
		30 potinhos de iogurte de morango/mês (3.900g)	3.900	130	130	
		5 colheres de sopa de couve refogada 2 vezes/mês (200g)	354	6.6	11.8	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 2 vezes/mês (100g)	52	3.3	1.7	
E22	Sim	30 potinhos de iogurte de morango/mês (3.900g)	3.900	130	130	698.7
		3 fatias de queijo minas 30 vezes/mês (2.700g)	15.615	90	520.5	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 12 vezes/mês (600g)	312	20	10.4	
		5 colheres de sopa de couve refogada 4 vezes/mês (400g)	708	13.3	23.6	
		1 xícara de espinafre 2 vezes/ mês (380)	426	12.6	14.2	

E23	Sim	30 xícaras de café com leite desnatado/mês (3.600g)	4.830	120	161	161
E24	Sim	12 potinhos de iogurte de morango/mês (1.560g)	1.560g	52	52	745.7
		30 copos de leite integral/mês (7.200g)	8.850	240	295	
		30 xícaras de café com leite integral /mês (3.600g)	4.425	120	147.5	
		1 fatia de queijo minas 30 vezes /mês (900g)	5.205	30	173,5	
		5 colheres de sopa de couve refogada 8 vezes/mês (800g)	1.416	26.6	47.2	
		1 xícara de espinafre 2 vezes/ mês (380g)	426	12.6	14.2	
		5 colheres de sopa de brócolis cozido 8 vezes/mês (400g)	208	13.3	7	
		8 pratos rasos de rúcula /mês (240g)	280	8	9.3	
E25	Sim	30 xícaras de café com leite integral/mês (3.600g)	4.425	120	147.5	171.1
		5 colheres de sopa de couve refogada 4 vezes/mês (400g)	708	13.3	23.6	

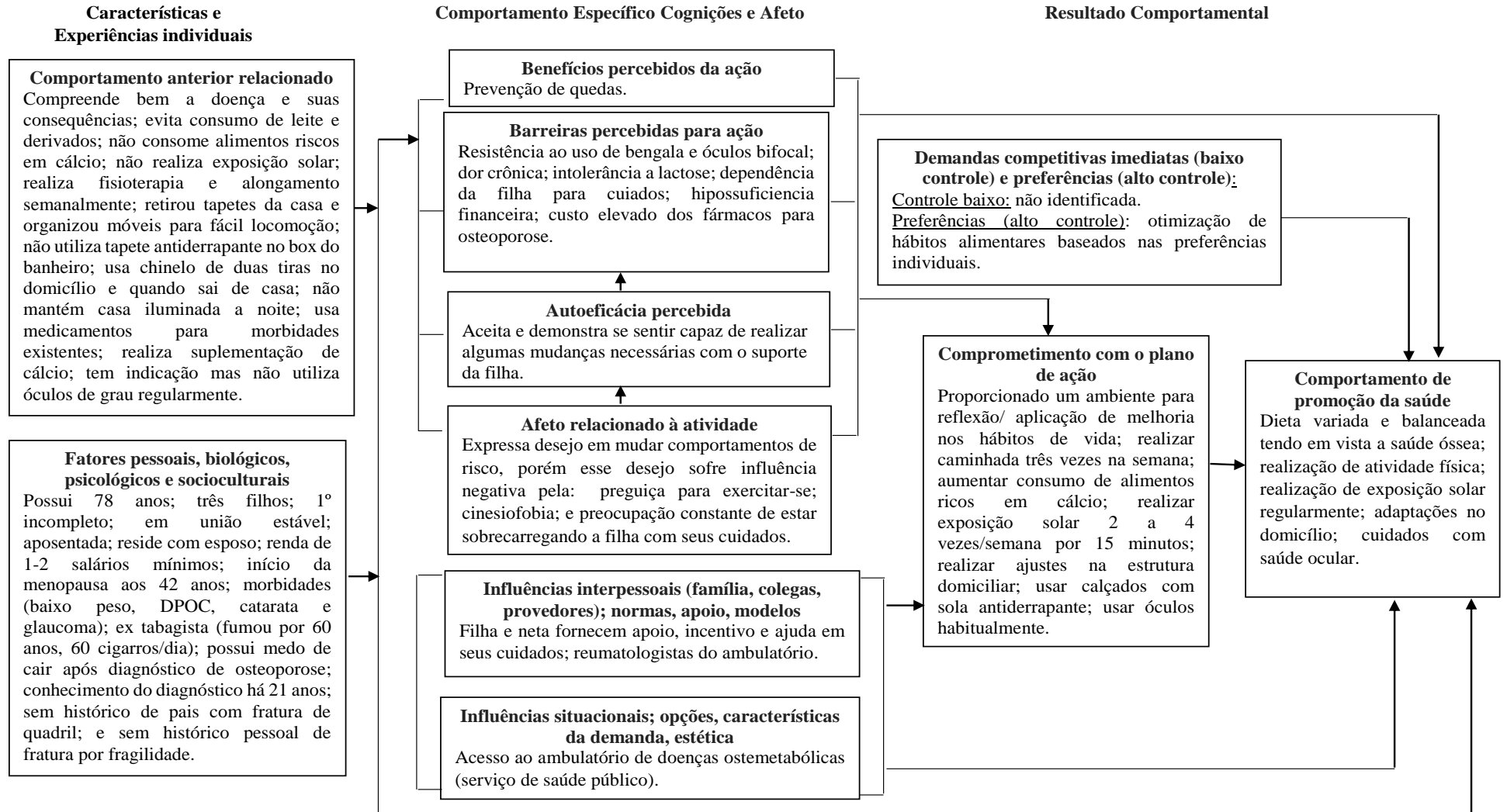
ANEXO C – Diagrama do MPS Entrevista E01



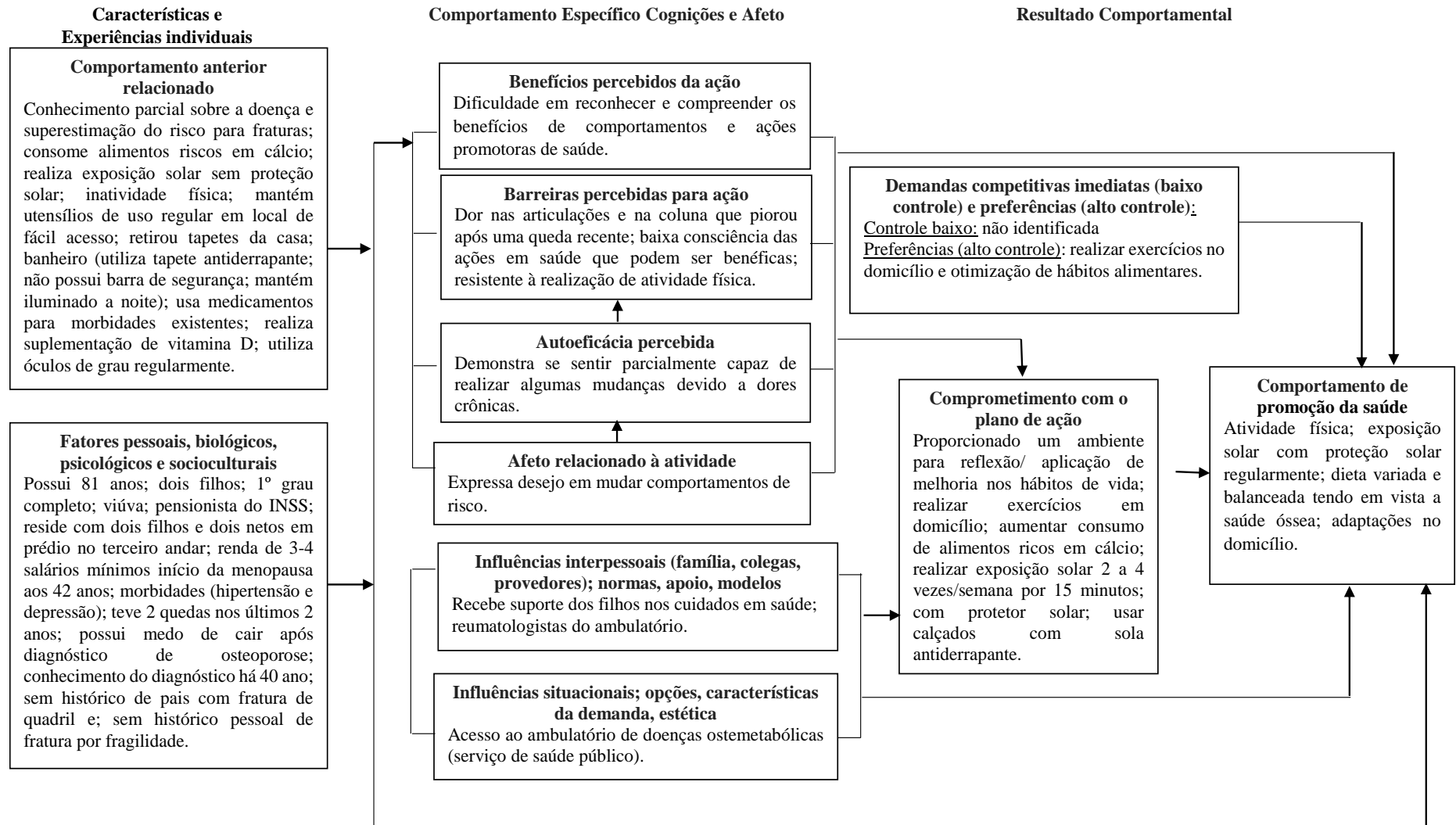
ANEXO D – Diagrama do MPS Entrevista E02



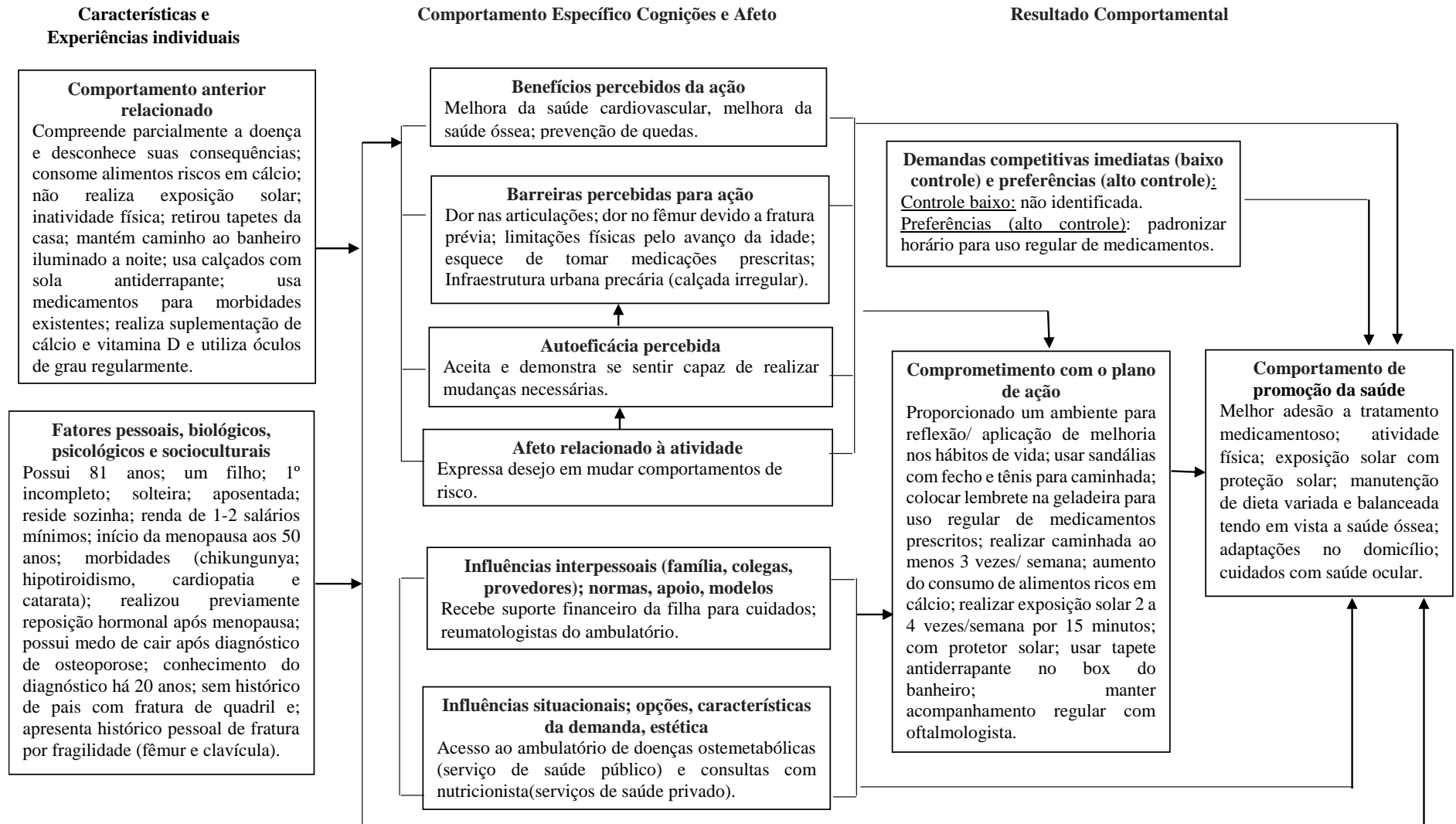
ANEXO E – Diagrama do MPS Entrevista E03



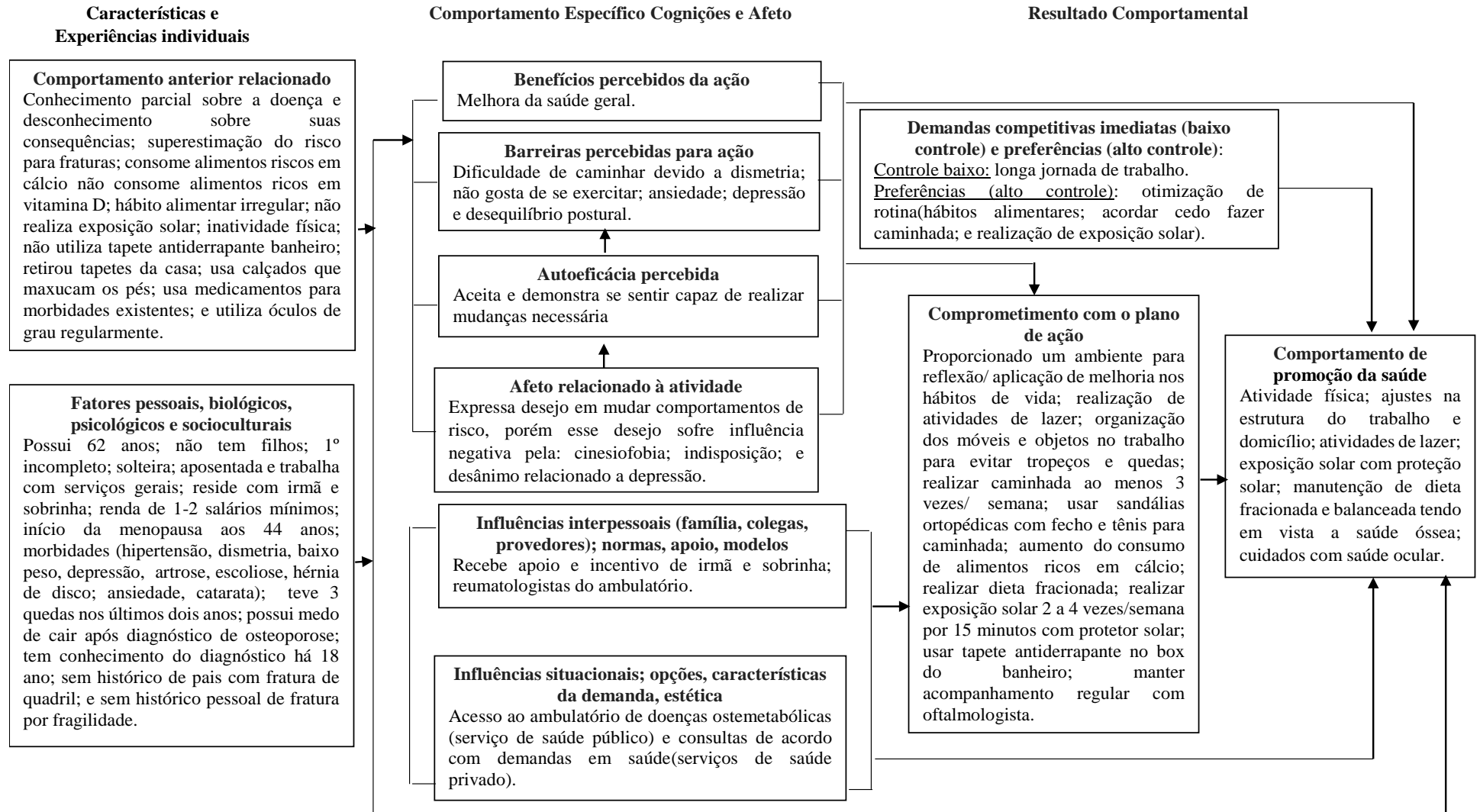
ANEXO F – Diagrama do MPS Entrevista E04



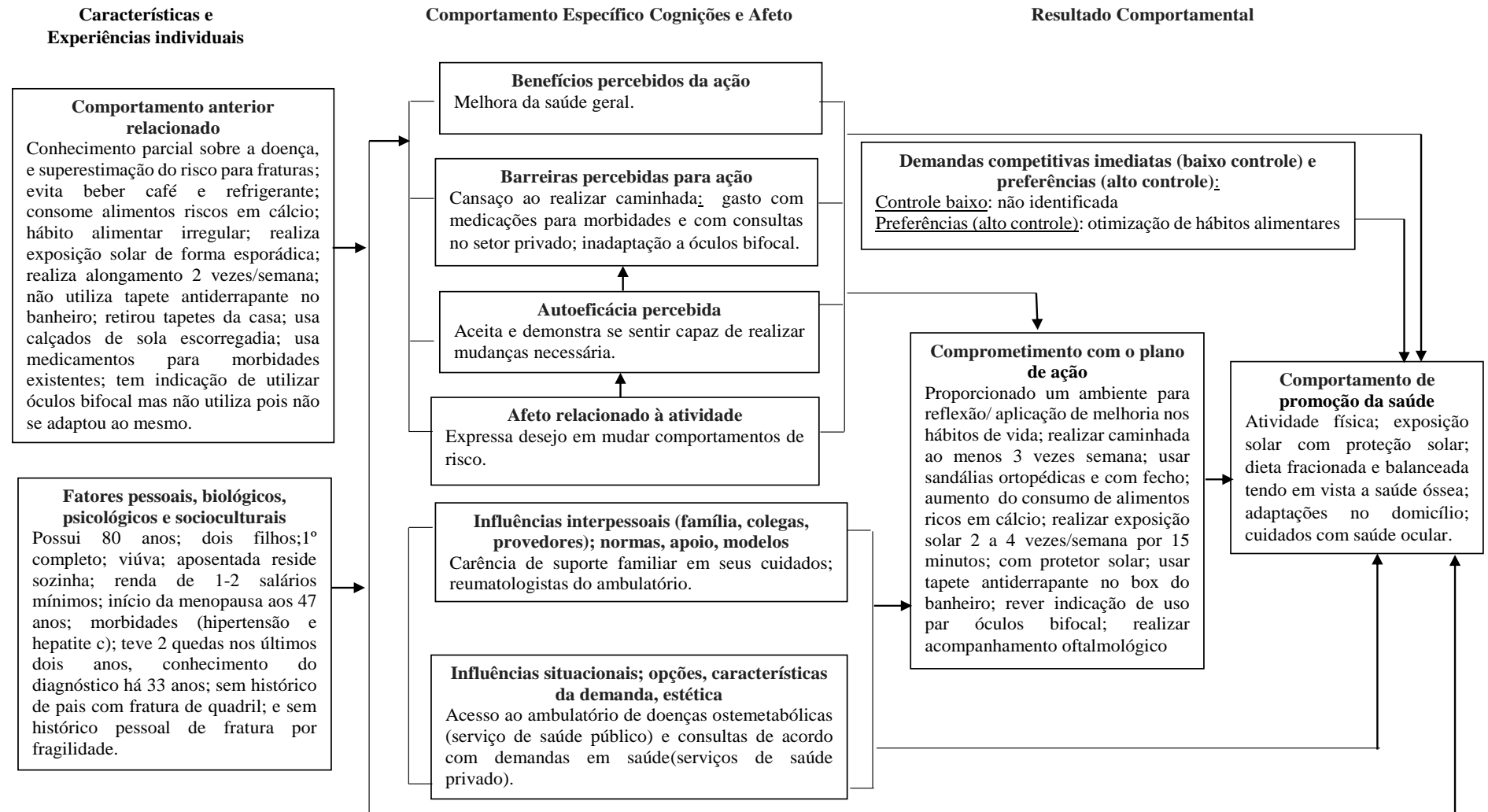
ANEXO G – Diagrama do MPS Entrevista E05



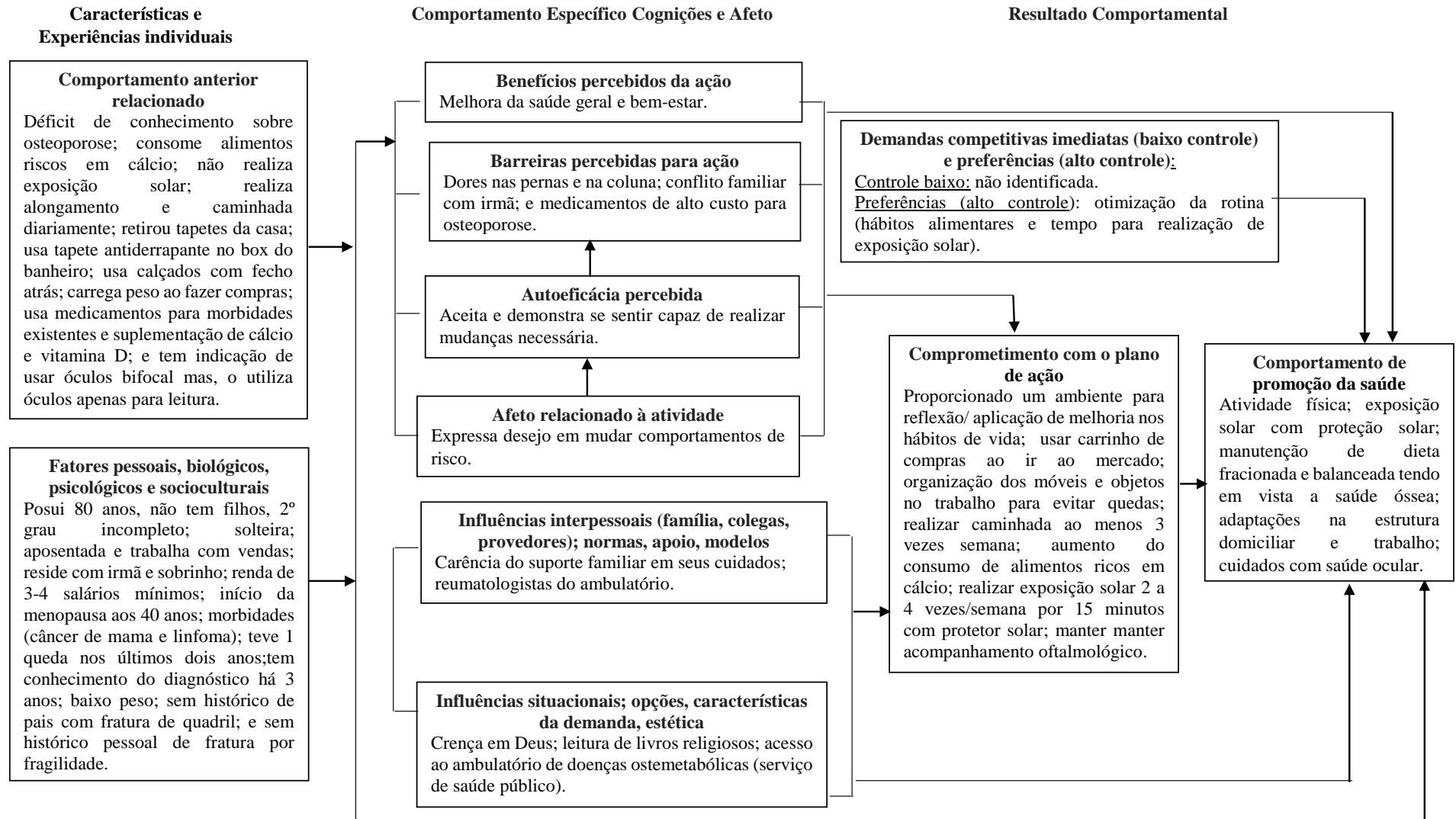
ANEXO H – Diagrama do MPS Entrevista E06



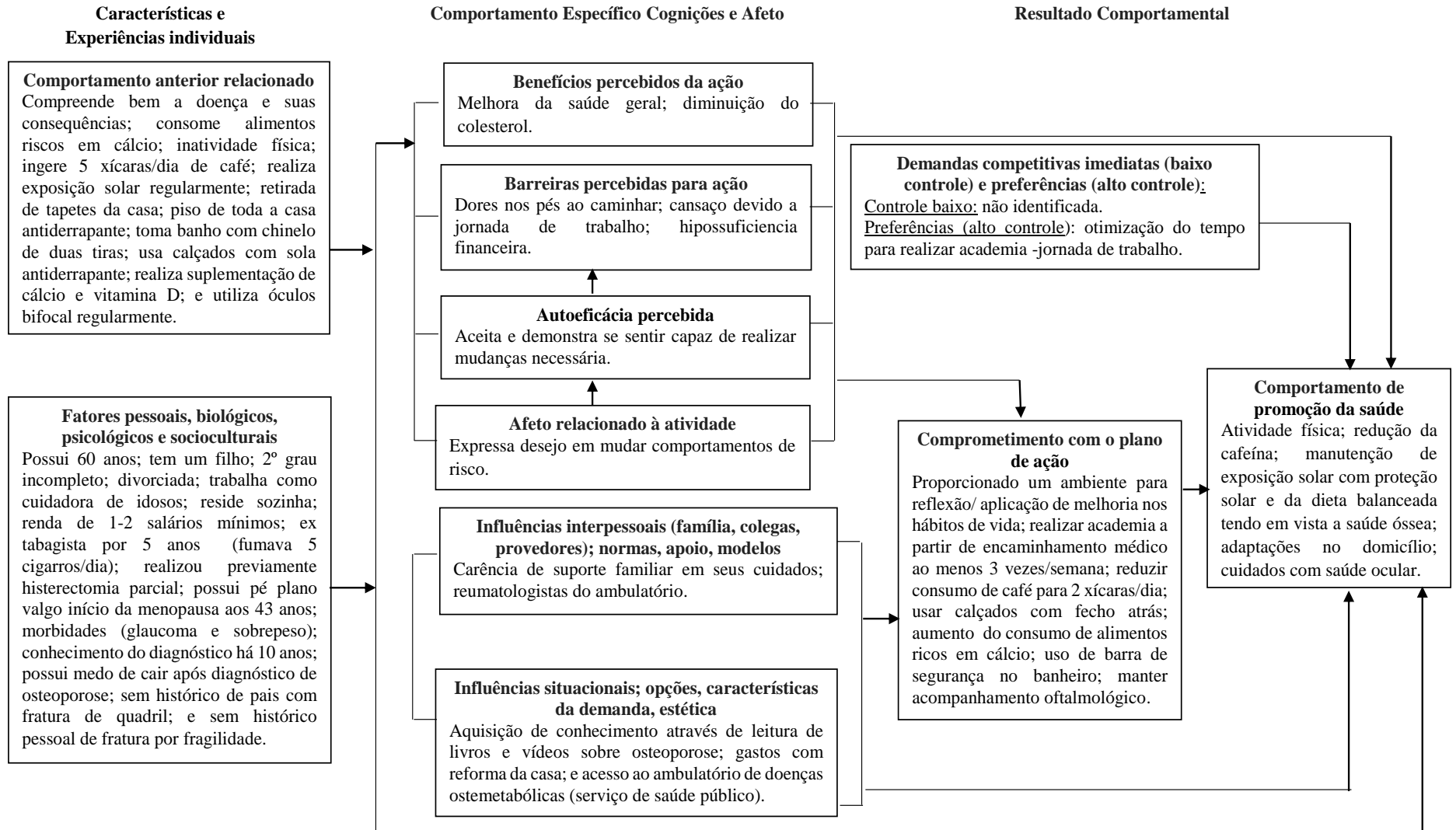
ANEXO I – Diagrama do MPS Entrevista E07



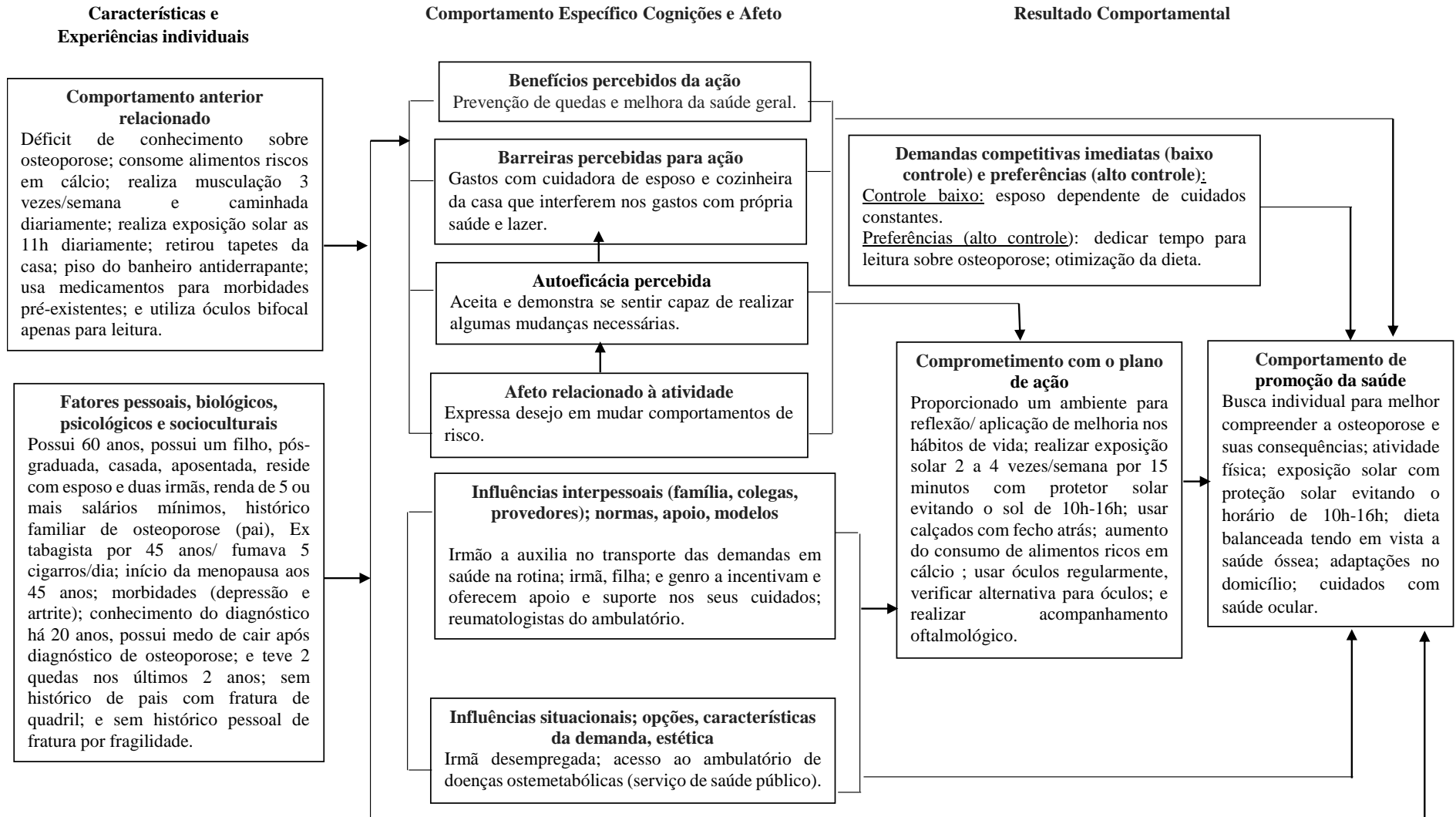
ANEXO J – Diagrama do MPS Entrevista E08



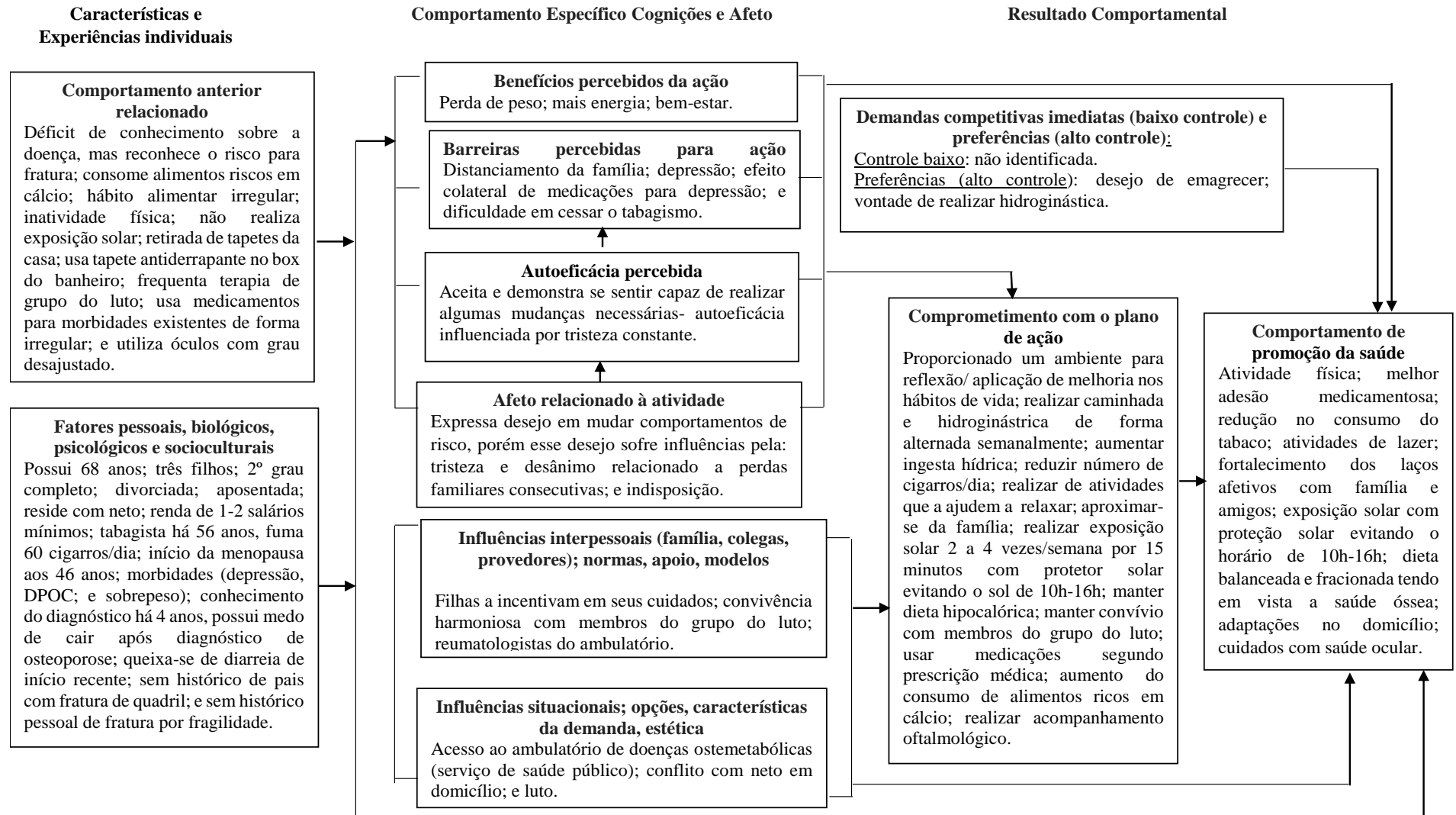
ANEXO K – Diagrama do MPS Entrevista E09



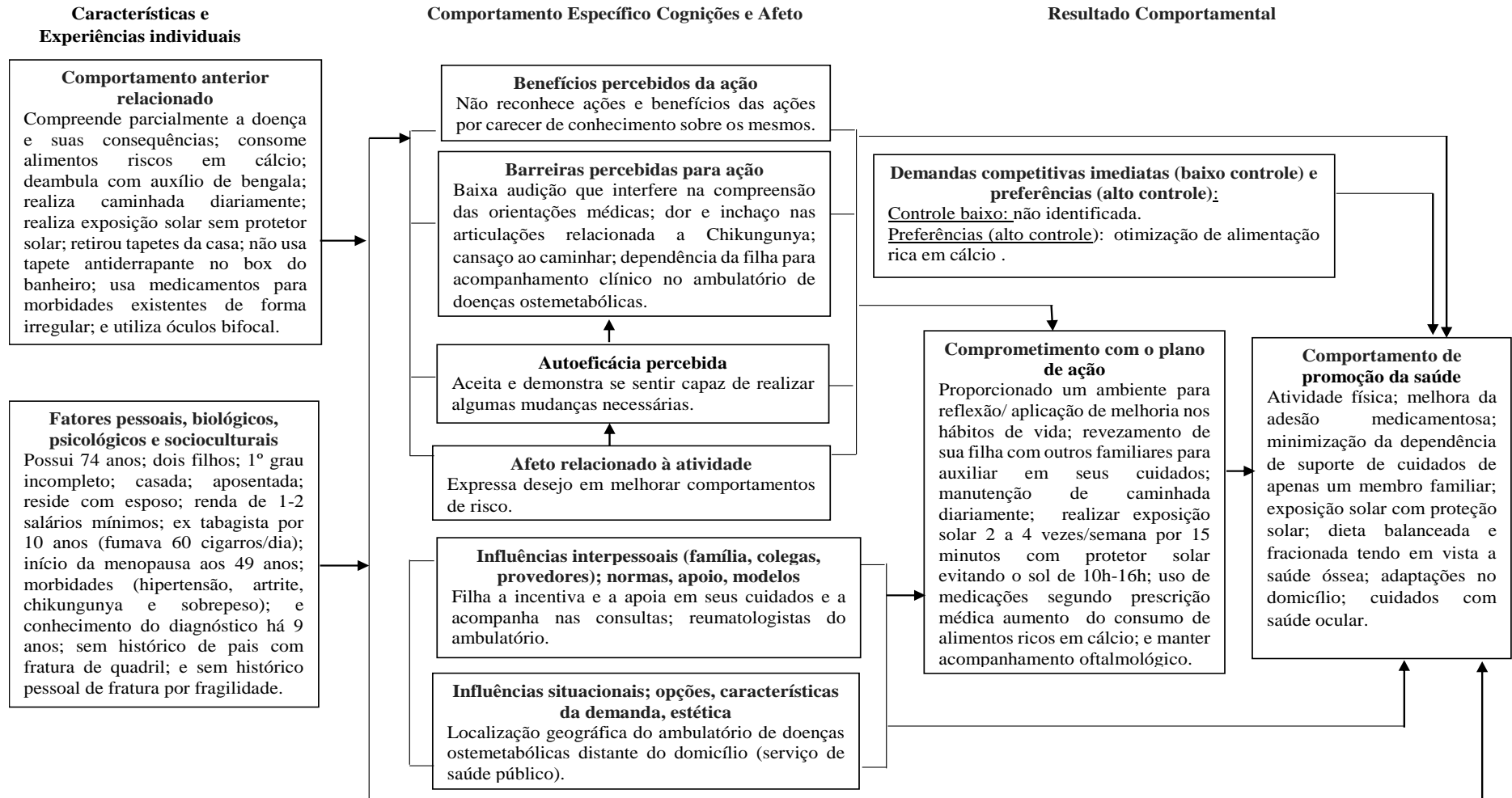
ANEXO L – Diagrama do MPS Entrevista E10



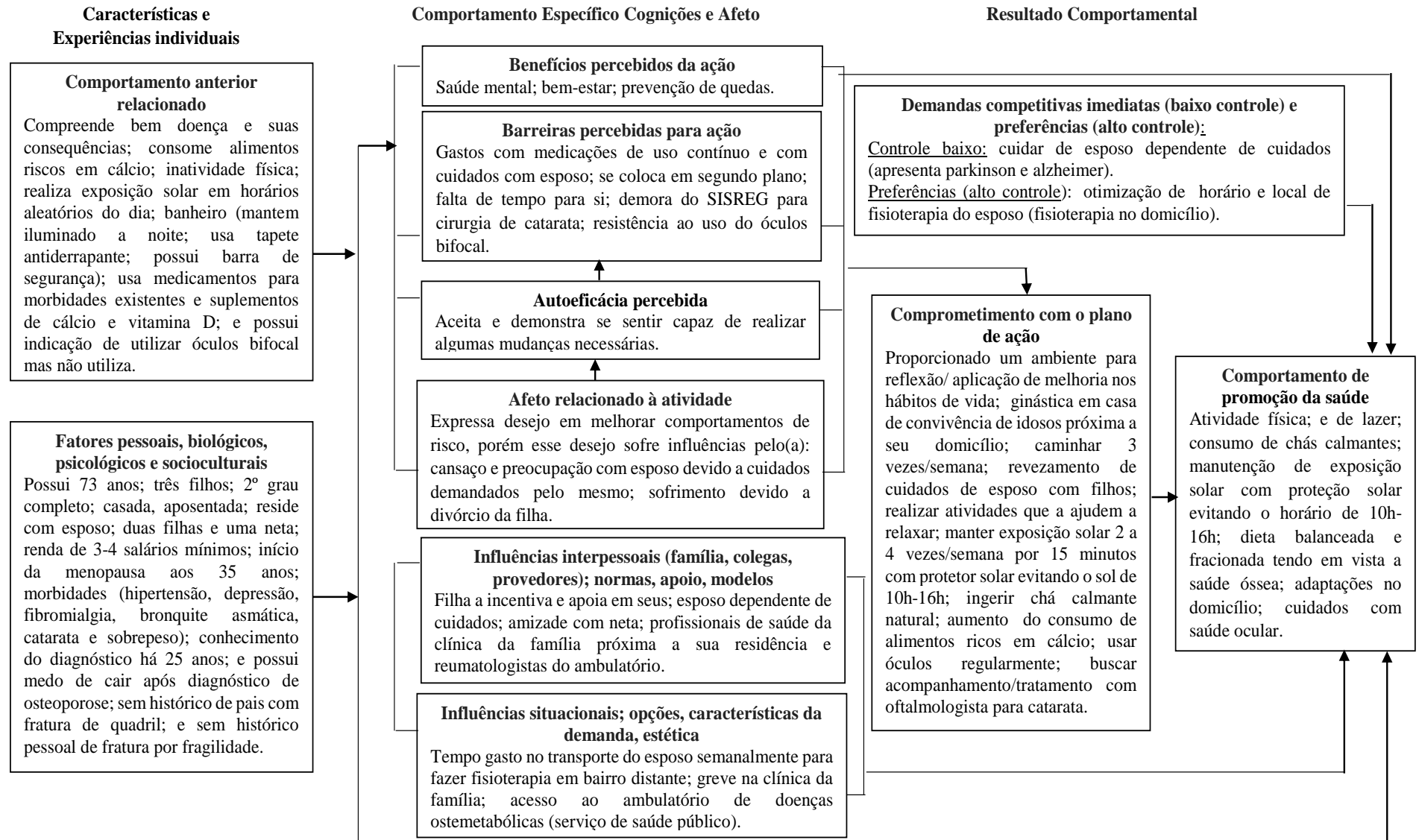
ANEXO M – Diagrama do MPS Entrevista E11



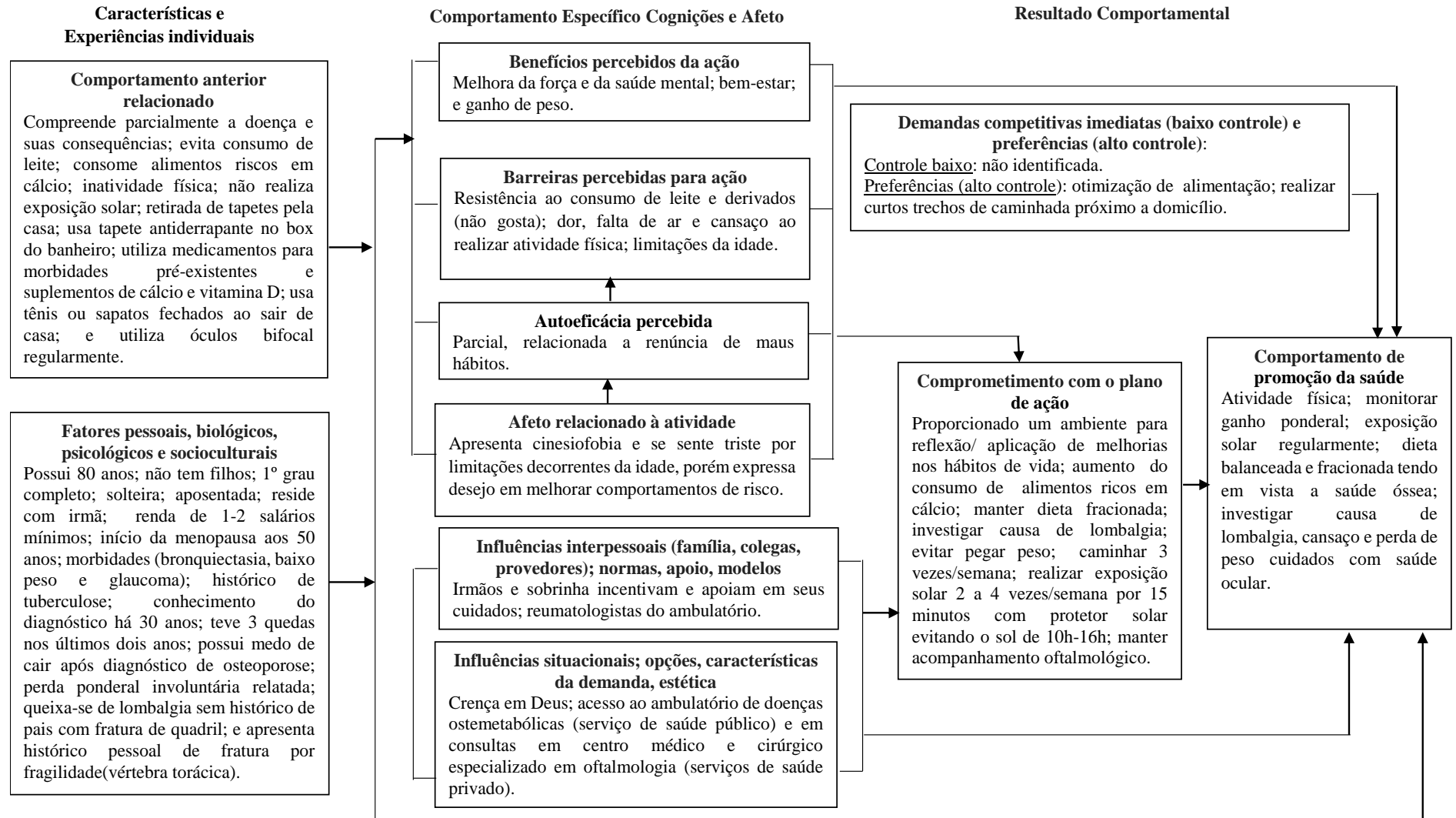
ANEXO N – Diagrama do MPS Entrevista E12



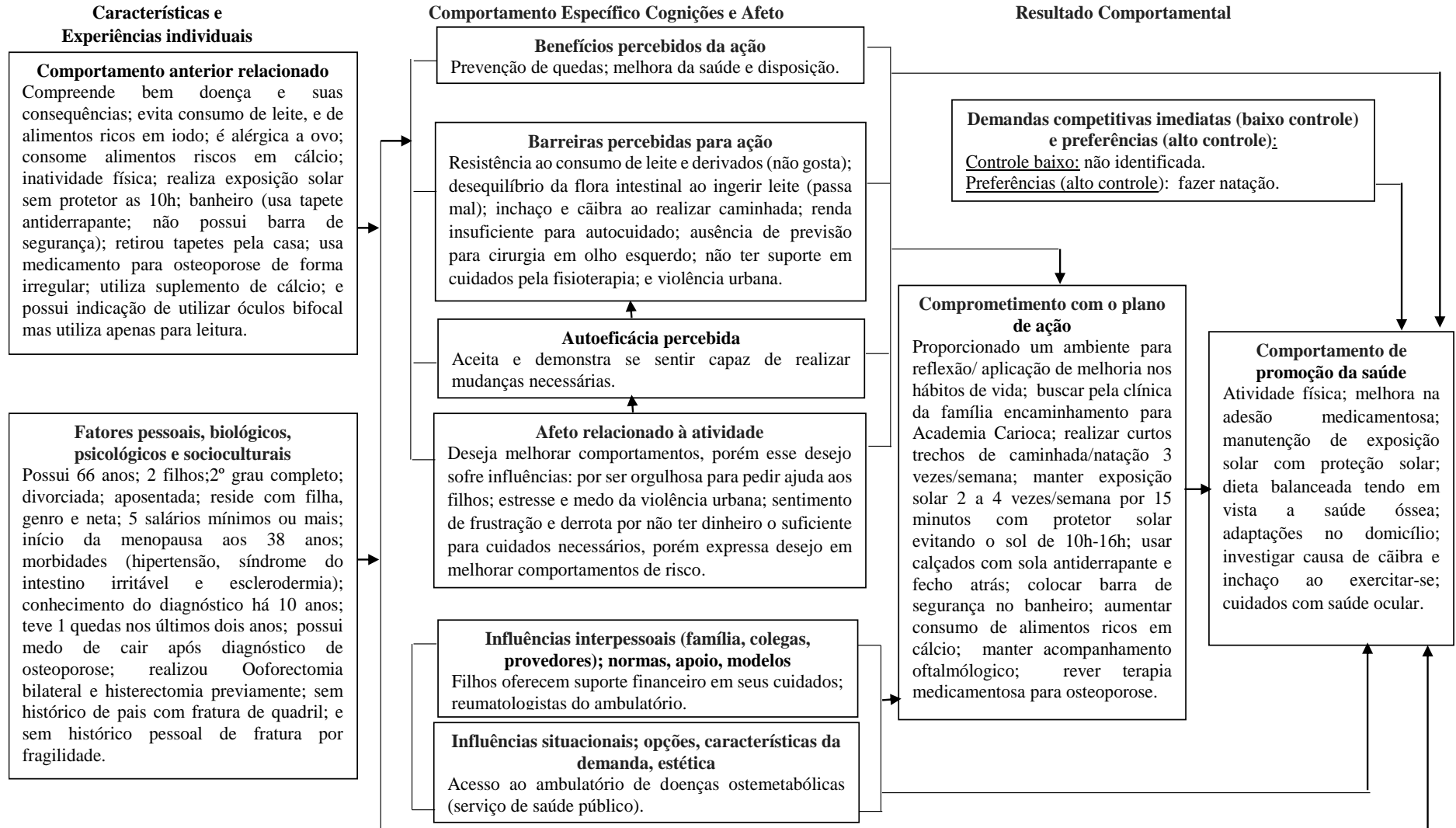
ANEXO O – Diagrama do MPS Entrevista E13



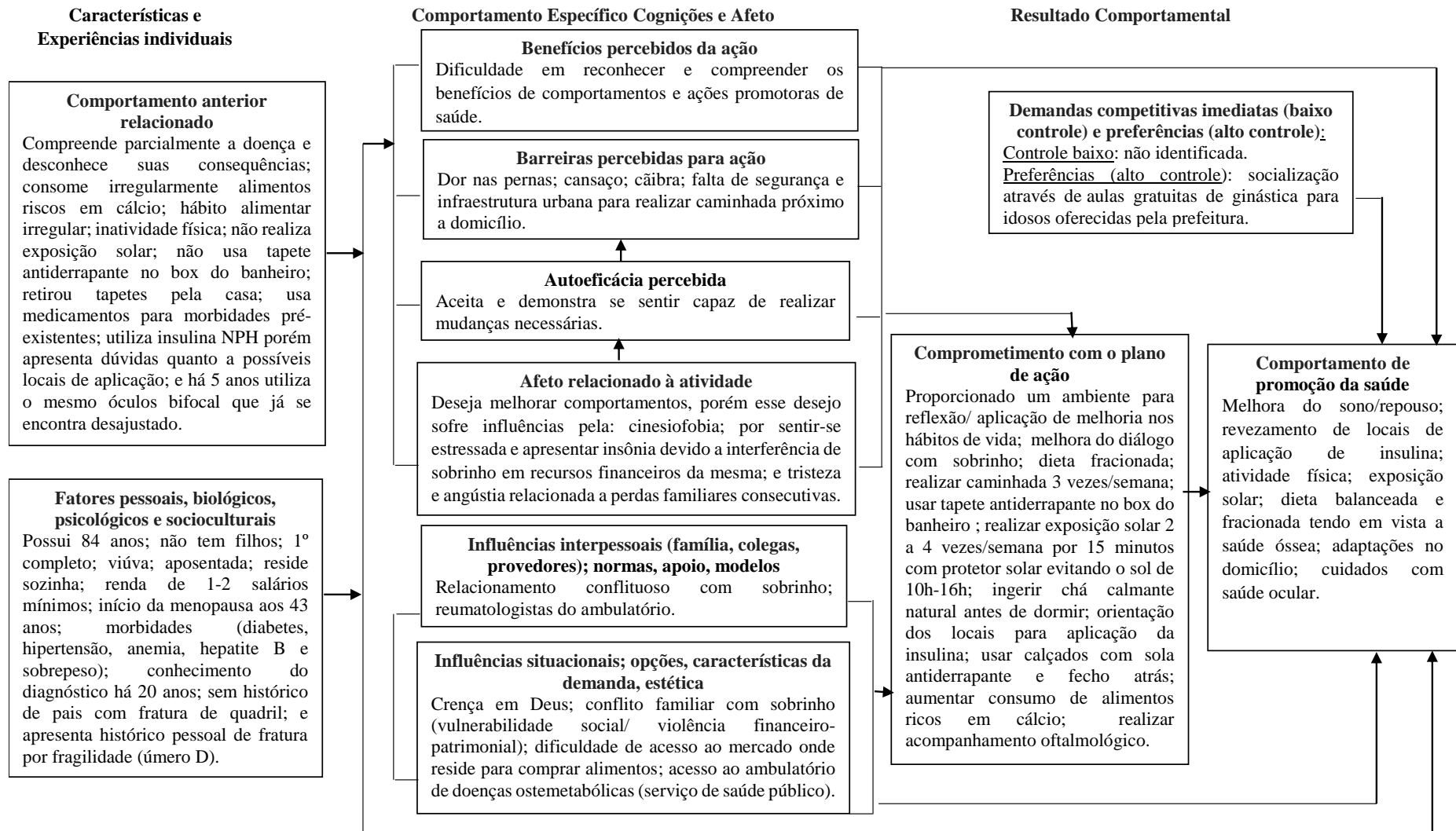
ANEXO P – Diagrama do MPS Entrevista E14



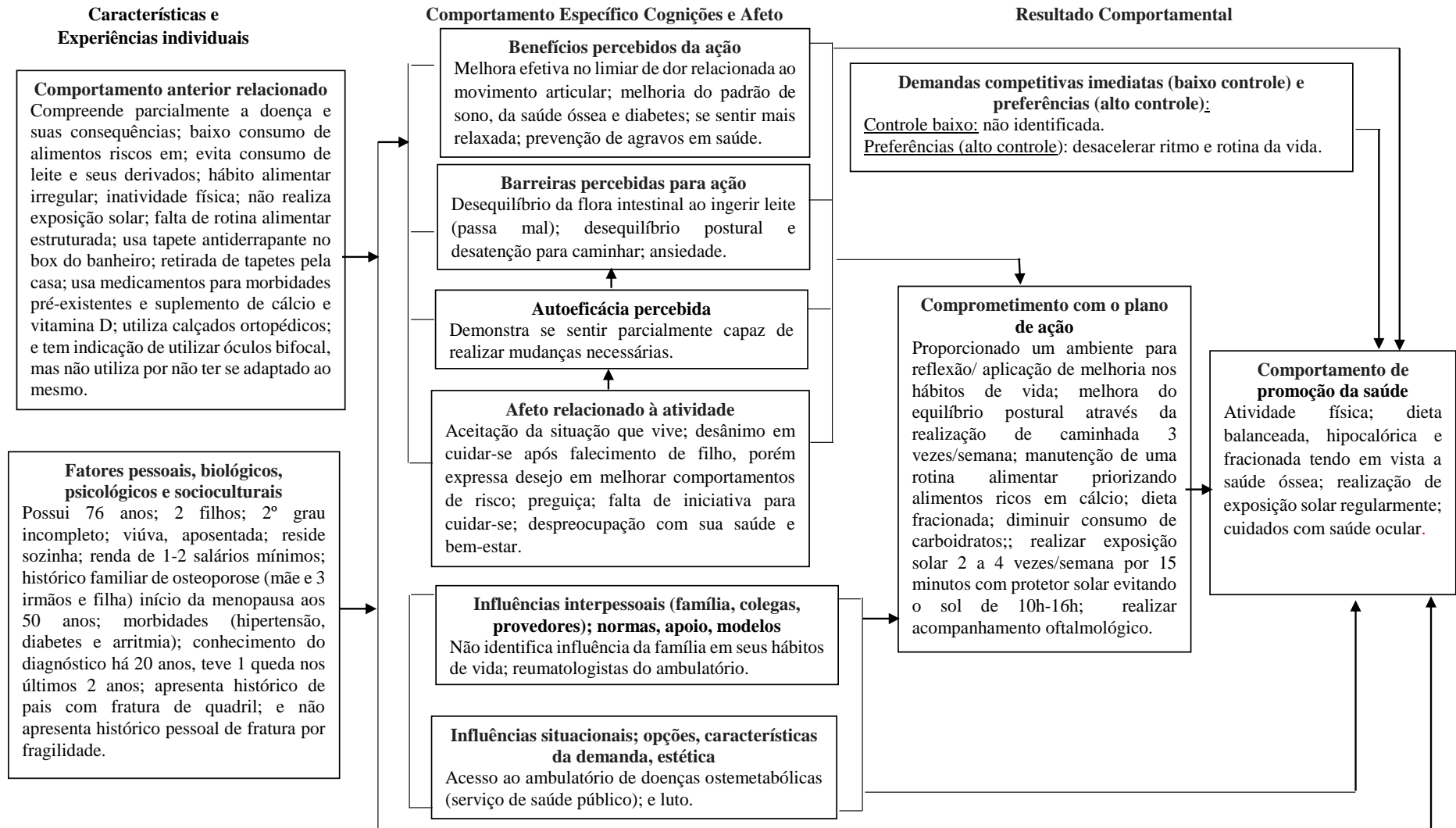
ANEXO Q – Diagrama do MPS Entrevista E15



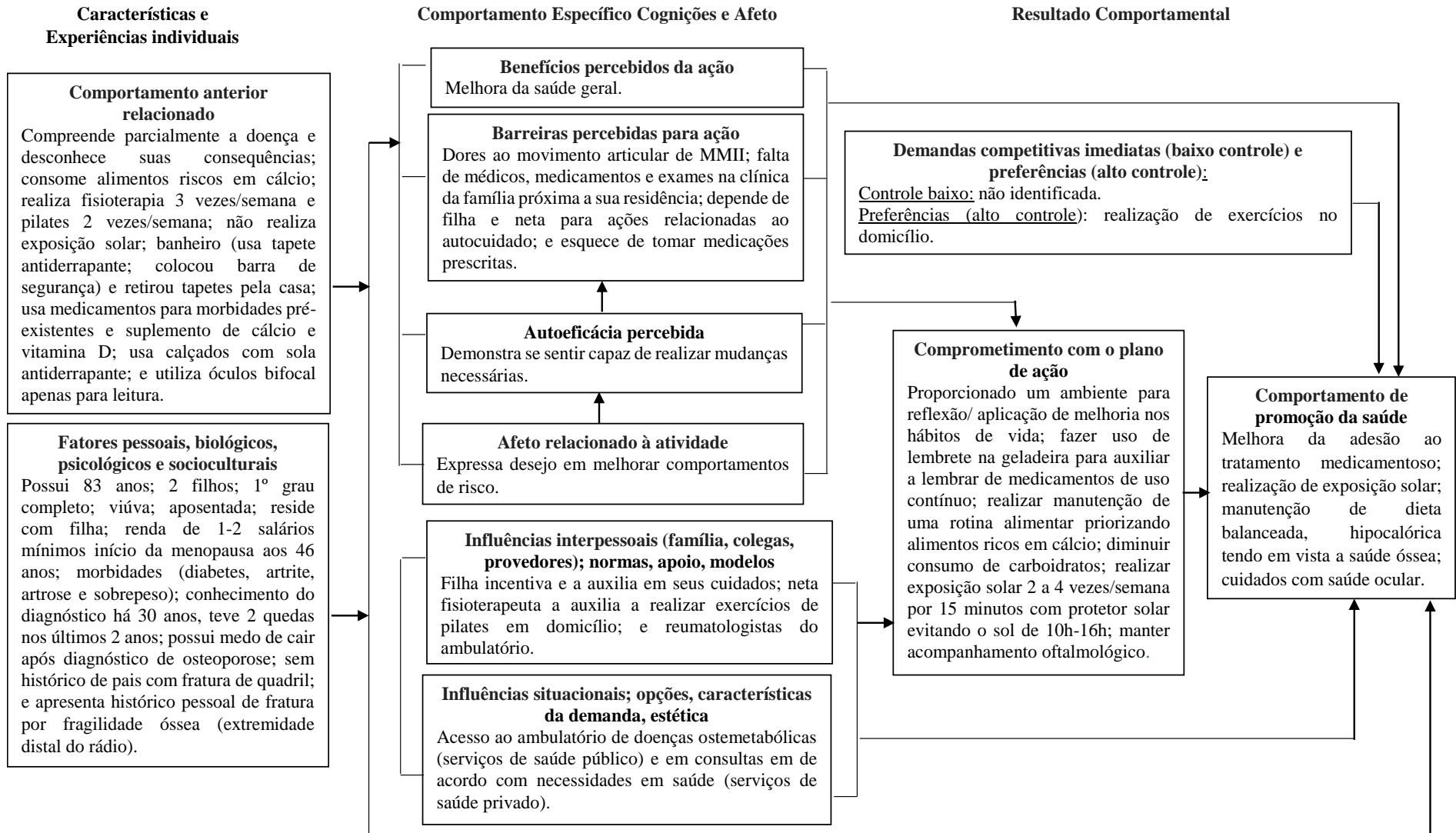
ANEXO R – Diagrama do MPS Entrevista E16



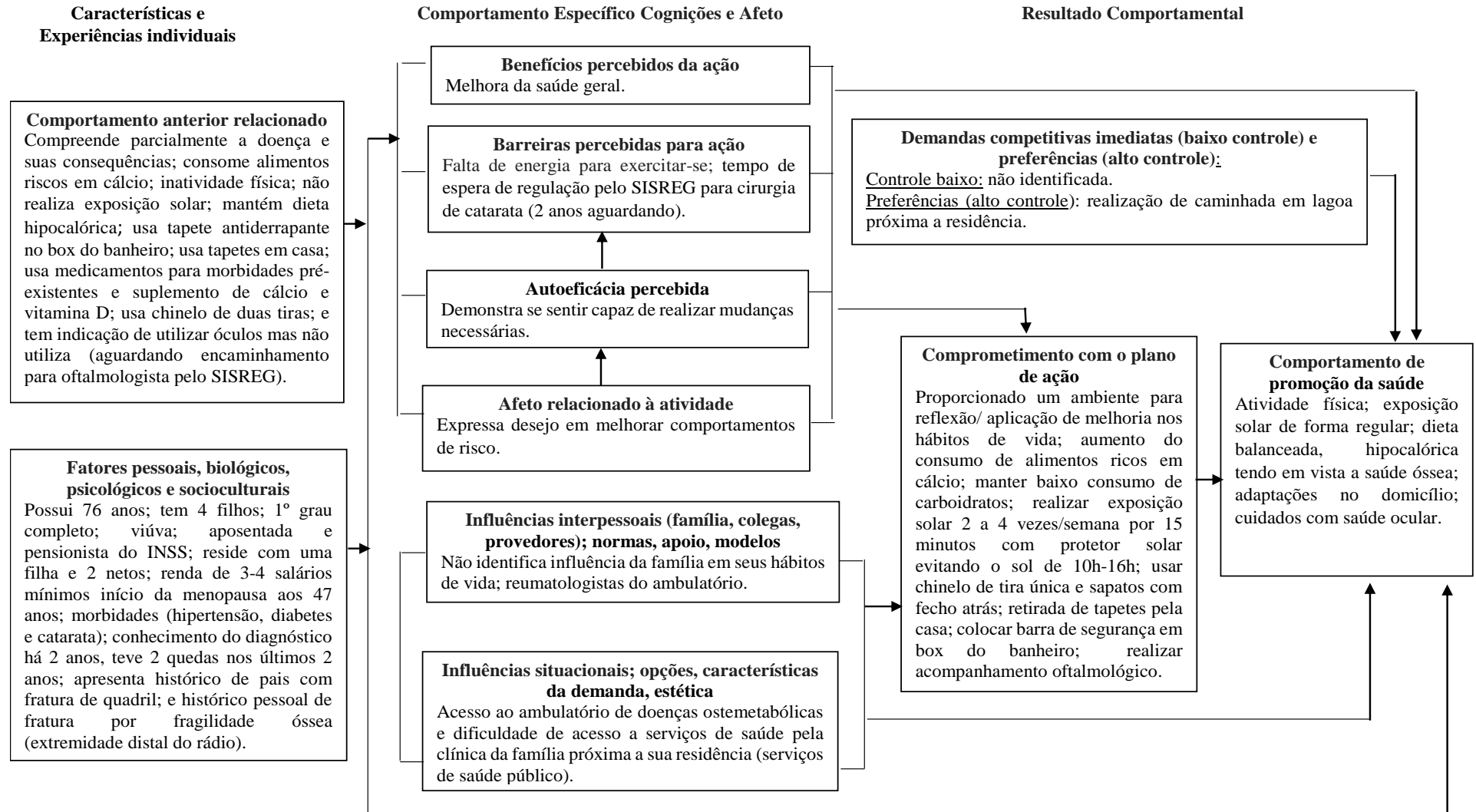
ANEXO S – Diagrama do MPS Entrevista E17



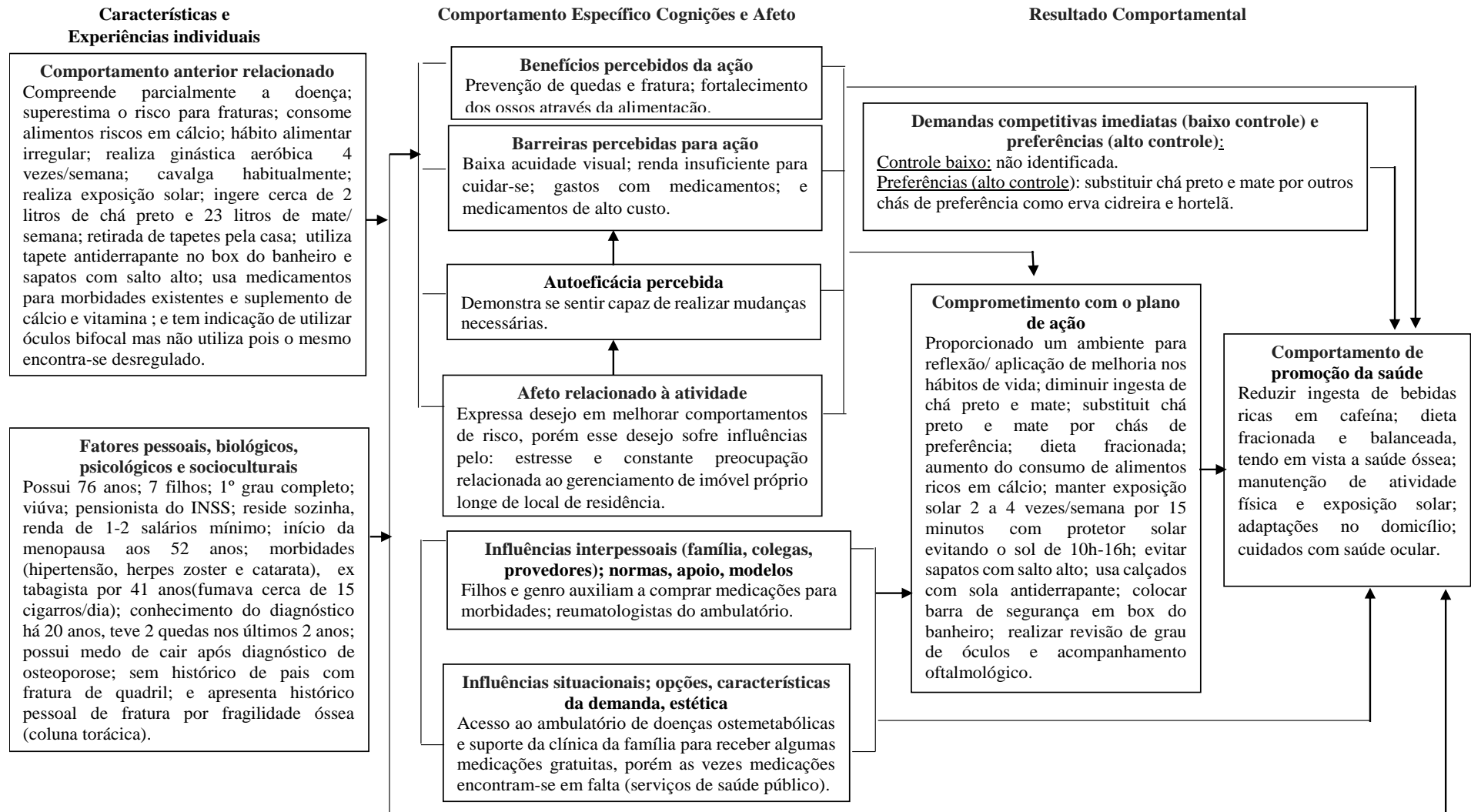
ANEXO T – Diagrama do MPS Entrevista E18



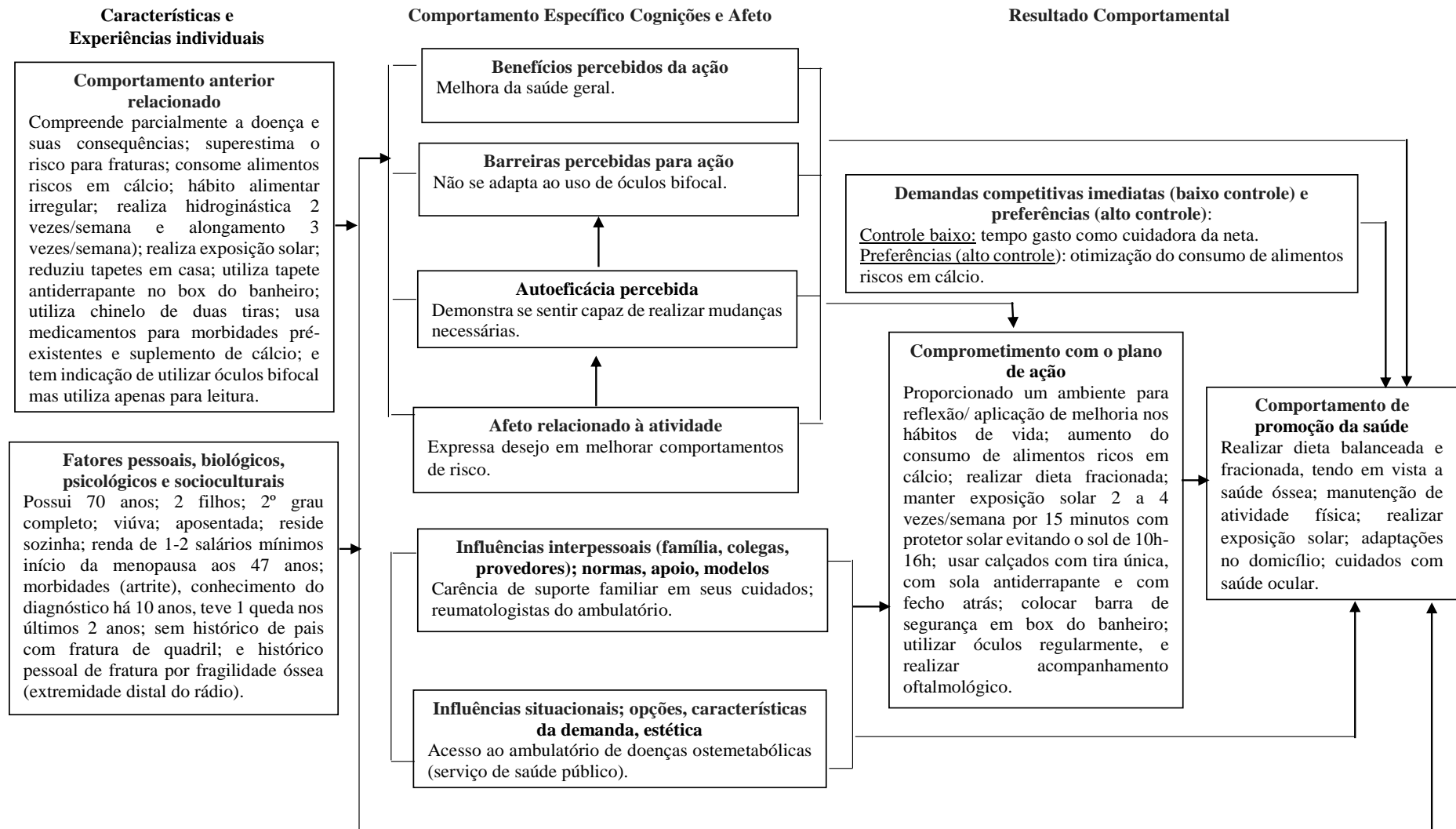
ANEXO U – Diagrama do MPS Entrevista E19



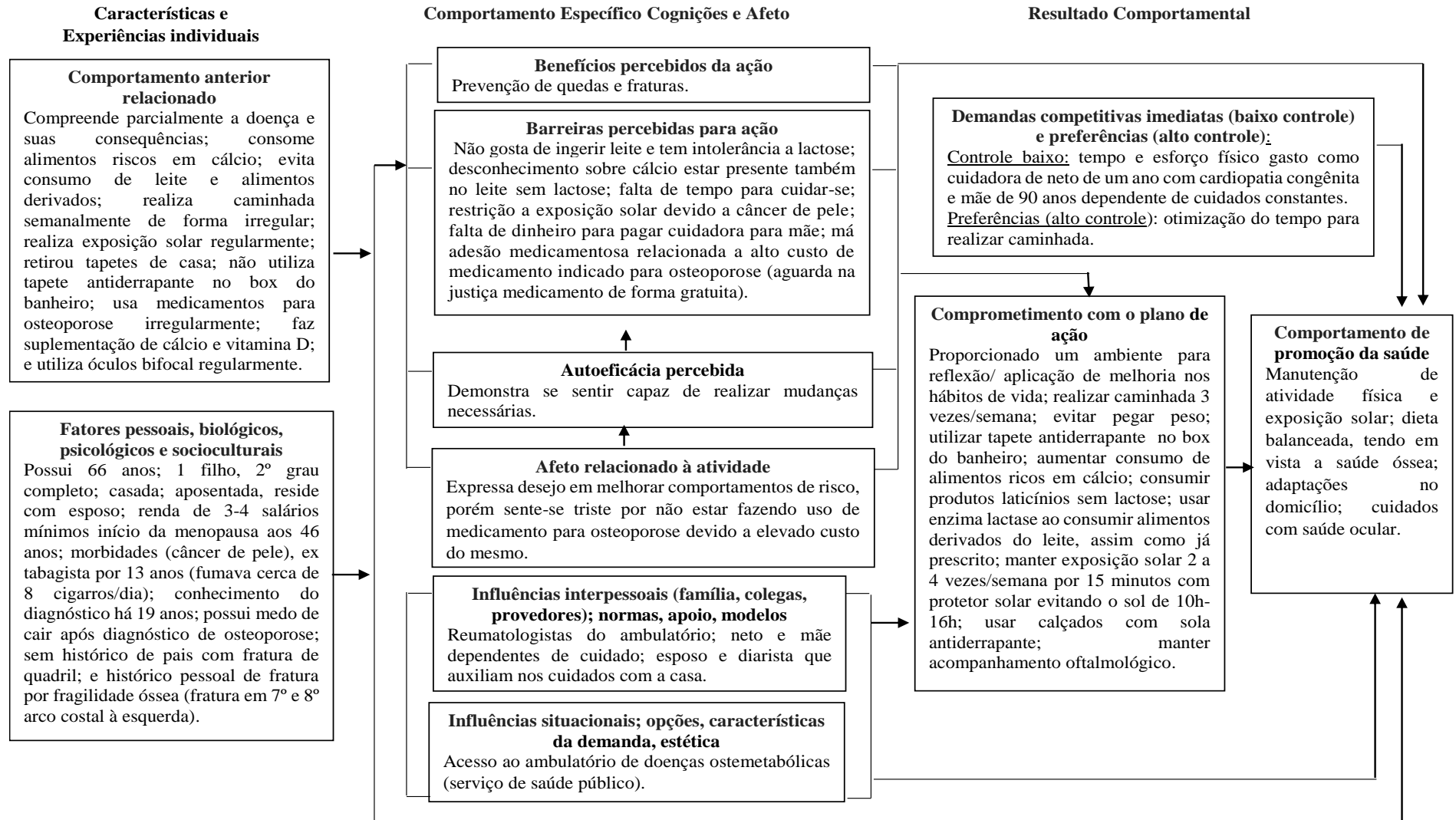
ANEXO V – Diagrama do MPS Entrevista E20



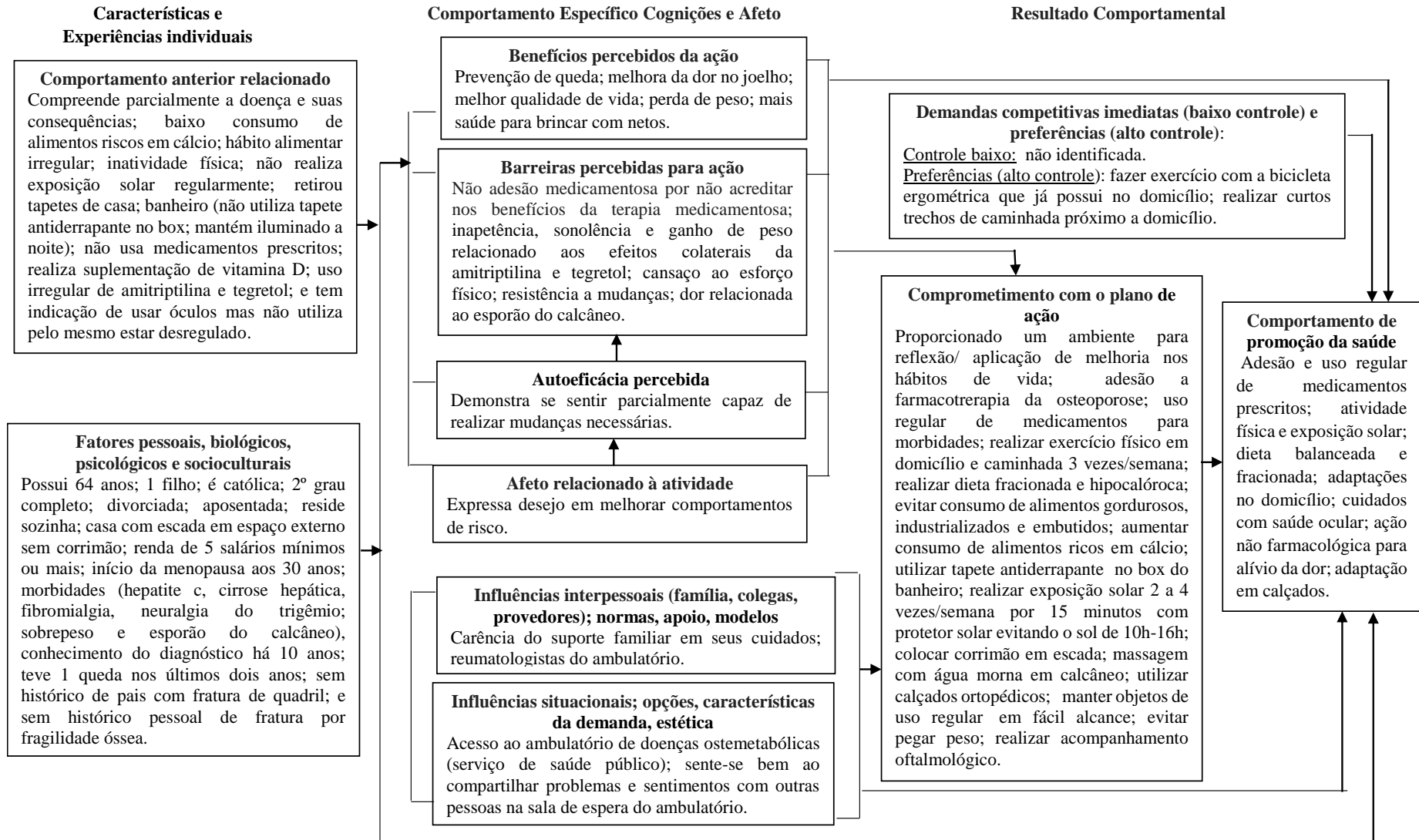
ANEXO W – Diagrama do MPS Entrevista E21



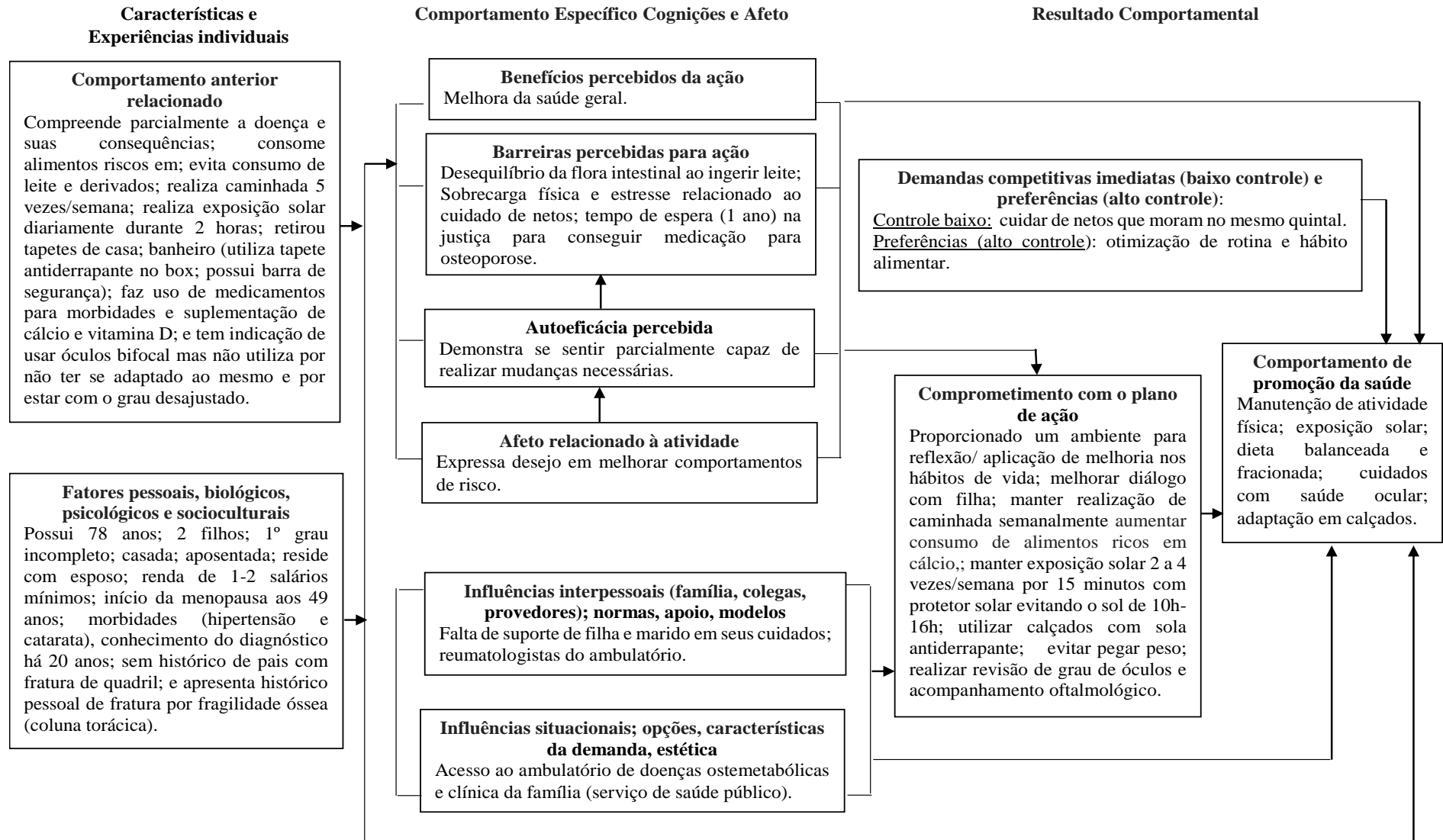
ANEXO X – Diagrama do MPS Entrevista E22



ANEXO Y – Diagrama do MPS Entrevista E23



ANEXO Z – Diagrama do MPS Entrevista E24



ANEXO AA – Diagrama do MPS Entrevista E25

