



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

FIOCRUZ Brasília
Fevereiro/2019

EDITAL FAPDF 07/2017

SELEÇÃO PÚBLICA DE PROPOSTAS DE PESQUISAS
SOBRE SEGURANÇA PÚBLICA

PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NO DISTRITO FEDERAL

Coordenador:
Jorge Otávio Maia Barreto



PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NO DISTRITO FEDERAL

Coordenador:
Jorge Otávio Maia Barreto

Autoras e autores:

Amanda Chiarelli
Davi Mamblona Marques Romão
Fernando Camargo Filho
Isabella Salles
Jorge Otávio Maia Barreto
Laura dos Santos Boeira
Marcel Henrique de Carvalho
Tainá Raiol Alencar
Walter Ramalho

Revisão final:

Davi Mamblona Marques Romão
Jorge Otávio Maia Barreto
Laura dos Santos Boeira
Marcel Henrique de Carvalho

Projeto gráfico:

Carlos Sarina

Coordenação-geral:

Jorge Otávio Maia Barreto

Nº Processo: 0193.001806/2017

Projeto: Diagnóstico e estratégias para a atuação do Corpo de Bombeiros Militar sobre acidentes domésticos no Distrito Federal

Edital: EDITAL FAPDF 07/2017 SELEÇÃO PÚBLICA DE PROPOSTAS DE PESQUISAS SOBRE SEGURANÇA PÚBLICA

Coordenador: Jorge Otavio Maia Barreto

dx da Silva, Fulano
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx / Fulano da
Silva; orientador fulano orientador; co-orientador
xxxxxxxxxx xxxxxxxx. -- Brasília, 2016.
100 p.

Dissertação (Mestrado - Doutorado em Ciências Médicas) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. . I. orientador, fulano, orient. II. xxxxxxxx,
xxxxxxxx, co-orient. III. Título.



SUMÁRIO

MENSAGENS-CHAVE 3

O problema 3

Opções para enfrentar o problema 3

Considerações gerais acerca das opções propostas 3

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA – ACIDENTES DOMÉSTICOS 5

Acidentes domésticos na mídia 7

Acidentes domésticos no Distrito Federal 8

Ações do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal 8

Análise das ocorrências registradas entre janeiro de 2013 e julho de 2017 9

Principais causas e recomendações gerais de prevenção 13

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA 16

Opção 1 - Avaliação de risco clínico: adequação no uso de próteses e medicamentos ou nos cuidados oftalmológicos 17

Opção 2 - Exercícios físicos para prevenção de quedas 22

Elementos da Opção 2 - Exercícios físicos para prevenção de quedas 22

Opção 3 - Avaliação e adequação do ambiente doméstico para prevenção de acidentes 26

Elementos da Opção 3 - Avaliação e adequação do ambiente doméstico para prevenção de acidentes 26

Opção 4 - Orientação e educação para adultos/cuidadores sobre prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes 31

Elementos da Opção 4 - Orientação e educação para adultos/cuidadores sobre prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes 32

CONSIDERAÇÃO SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM A EQUIDADE 35

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES 37

CONSIDERAÇÕES FINAIS 40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41

Apêndice 1 - Notícias sobre acidentes domésticos no Distrito Federal - junho a outubro de 2018 49

Apêndice 2 - Memória da limpeza do Sistema de Gestão de Ocorrências (SGO) 50

Apêndice 3 - Seleção de artigos 51

Apêndice 4 - Principais características dos estudos e AMSTAR 52

ANEXO I - Prevenção de acidentes com crianças - ONG Criança Segura 116

MENSAGENS-CHAVE

O PROBLEMA

Os acidentes domésticos são importante causa de internação hospitalar e mortalidade entre crianças, adultos e pessoas idosas, mobilizando não só o setor saúde, mas também os profissionais de segurança pública, em especial os bombeiros, que são os primeiros respondentes a diversas dessas ocorrências. Considerando a demanda de ações intersetoriais que atentem para os diferentes tipos de acidentes domésticos, é necessário consolidar ações e campanhas e debater potencialidades e barreiras à implementação dessas atividades junto aos diferentes atores que atuam nessas ocorrências. Devido à magnitude do problema das quedas, em especial entre idosos, a maior parte da literatura científica sobre acidentes domésticos está focada em soluções de prevenção para esse público.

OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA

Opção 1

Avaliação de risco clínico: adequação no uso de próteses e medicamentos ou nos cuidados oftalmológicos

Opção 2

Exercícios físicos para prevenção de quedas

Opção 3

Avaliação e adequação do ambiente doméstico para prevenção de acidentes

Opção 4

Orientação e educação para adultos/cuidadores sobre prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes

CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DAS OPÇÕES PROPOSTAS

As opções de intervenção sugeridas nesta síntese, apesar de estarem descritas de modo separado, podem e, muitas vezes, devem ser complementares entre si, exigindo uma ação intersetorial e integrada localmente.

A implementação das opções deve considerar não apenas a atuação do Corpo de Bombeiros, mas sim a participação dos diferentes atores envolvidos, como tomadores de decisão, operadores do direito, empresas que produzam equipamentos de prevenção de acidentes domésticos, profissionais de saúde, sociedade civil e seus representantes.

Além disso, devem ser avaliados os diferentes contextos, incluindo os aspectos epidemiológicos, as diferentes responsabilidades entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), as áreas de conhecimento específicas e os limites técnicos dos diferentes profissionais envolvidos, assim como as condições estruturais. Outro ponto importante a ser analisado é a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, adaptando as intervenções às diferentes realidades, bem como a verificação da provisão dos dispositivos necessários. Em determinadas situações, a ampliação e a capacitação das equipes será imprescindível para o sucesso da adesão às opções propostas.



DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Acidentes domésticos

Na Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde definiu acidente como “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” (BRASIL, 2001). Como forma de enfrentamento a este problema, dentre as diretrizes dessa Política, temos: a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Nesta síntese de evidências, o termo “doméstico” refere-se a todo o ambiente compreendido por uma casa ou lar, incluindo áreas externas (como quintais), e também moradias ou instituições de longa permanência.



Acidentes domésticos são um desafio, à medida em que representam um problema multifatorial, com diferentes implicações e abordagens conforme a faixa etária da vítima. O plano da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI, 2014), traz os dados de 2012 sobre mortalidade por acidentes entre crianças de 0 a 9 anos, apontando que afogamentos e sufocação representaram 23% destas mortes, seguidos de queimaduras (7%) e quedas (6%). Chama a atenção, também, para o fato de que as ocorrências são diferentes a cada idade, com os índices de sufocamento maiores entre crianças de 0 a 1 ano e os de afogamento, maiores entre crianças de 1 a 4 anos.

Entre adultos, acidentes domésticos não intencionais são menos prevalentes do que acidentes de trânsito e agressões, todavia há estudos (KLIEMANN, 1990; ROSSI et al, 1998; SILVA; FARIA; MACIEL, 2014) sobre o perfil das pessoas vítimas de queimaduras no ambiente doméstico, que apontam para uma maior prevalência entre homens solteiros e jovens (entre 20 e 39 anos). Já entre pessoas idosas, as quedas ocuparam o terceiro lugar na mortalidade daquelas com 60 anos ou mais no Brasil: 14 mortes a cada 100.000 pessoas no ano 2000 (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; JORGE, 2004).

Um estudo com 4 mil idosos de sete estados do Brasil evidenciou que a prevalência de quedas foi de 34,8% e era significativamente maior entre mulheres (40,1%). No grupo dos que sofreram quedas, 12,1% tiveram fratura como consequência (SIQUEIRA et al., 2007). Quedas e lesões relacionadas à queda são comuns em populações mais velhas e têm efeitos negativos na qualidade de vida e independência. Em uma pesquisa nacional mais recente sobre prevalência de quedas (SIQUEIRA et al., 2011), do total de idosos, 36% haviam recebido orientação sobre os cuidados necessários para evitar quedas, e cerca de 1% necessitou intervenção cirúrgica. As quedas associaram-se ao sexo feminino, idade avançada, nível socioeconômico E, aos obesos e aos sedentários. A prevalência de quedas na Região Centro Oeste foi uma das mais altas, em especial junto a pessoas idosas com mais de 80 anos.

Além disso, na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, um em cada 12 idosos referiu episódio de queda que tenha resultado em procura de serviços de saúde.

A ocorrência de quedas associou-se com idade maior ou igual a 75 anos, sexo feminino e situação conjugal divorciado ou separado (PIMENTEL et al., 2018a). Já em outra pesquisa (PIMENTEL et al., 2018b), não houve associação significativa de quedas com nível de escolaridade e situação conjugal, mas com diabetes, artrite ou reumatismo e depressão, evidenciando a variedade de fatores que pode estar relacionada com esse tipo de acidentes. Quedas também estão associadas ao aumento da morbidade, mortalidade, internação em casas de repouso e custos médicos (KIM et al., 2017).

A avaliação multidimensional estrutura e organiza o cuidado às pessoas idosas, abordando as esferas clínica, psicossocial e funcional. Permite a compreensão ampliada e integral do estado de saúde de um determinado indivíduo, buscando identificar e intervir nas áreas mais comprometidas e que podem afetar sua funcionalidade. Na área da saúde, é proposta através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2018).

Assim, uma pessoa idosa que dê entrada num serviço de pronto atendimento por conta de uma queda, por exemplo, deve ser avaliada com relação aos seus contextos de moradia, de apoio familiar, social e econômico, bem como suas condições físicas, mentais e funcionais. A compreensão da ocorrência de quedas no contexto específico do sujeito permite a identificação de fatores de risco para novas quedas e o desenvolvimento de intervenções mais apropriadas, a serem construídas em conjunto com a pessoa, seus familiares e cuidadores.

ACIDENTES DOMÉSTICOS NA MÍDIA

Considerando que a mídia exerce um grande poder de influência na agenda de tomada de decisão entre os gestores públicos, e considerando ainda que acidentes domésticos e suas consequências costumam ter grande repercussão social quando noticiados, foi feito um mapeamento da veiculação de notícias para examinar as suas características. Assim, durante os meses de junho a outubro de 2018, foram mapeadas 96 notícias que versavam sobre acidentes domésticos, sendo 28% sobre quedas, 18,7% sobre queimaduras e 10% sobre incêndios. Em termos de vítimas, 43,9% foram adultos e 29,2% crianças. Entre idosos, 83,3% dos acidentes noticiados foram quedas. Especificamente no DF (Apêndice 1), além dos acidentes mencionados, foram noticiados engasgos seguidos de óbito, que representaram 18,5% das notícias locais.

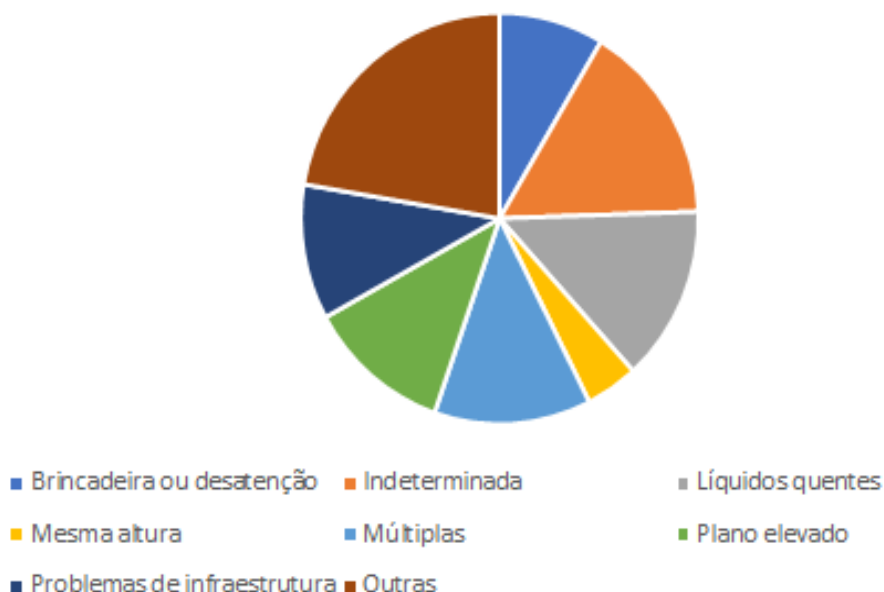
Dentre as causas noticiadas, destacam-se os acidentes causados por interação com líquidos quentes, as quedas de plano elevado e os acidentes resultantes de brincadeiras ou desatenção, conforme o gráfico abaixo:

Essas informações são importantes pois muitas vezes os acidentes domésticos mais veiculados na mídia não são aqueles apontados como os mais prevalentes pelos registros dos sistemas de informação dos órgãos competentes. Além disso, é fundamental considerar o papel da mídia tanto na criação das agendas de tomada de decisão quanto na veiculação de informações e estratégias preventivas.

ACIDENTES DOMÉSTICOS NO DISTRITO FEDERAL

De acordo com o DATASUS*, sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2014 e 2016, ocorreram mais de 3.500 internações por quedas entre idosos no DF. Nessa população, entre 2014 e 2015, ocorreram 60 mortes por quedas. No mesmo período, as quedas que resultaram em atendimento hospitalar, atingiram 19 mil pessoas de todas as faixas etárias. Foram registradas, também, 232 internações por contatos com animais (mordidas ou picadas) e mais de 1.800 internações por choques e queimaduras diversas. Os afogamentos e sufocamentos foram a causa de óbito de 24 crianças de 0 a 4 anos.

Principais causas noticiadas - Acidentes domésticos



* Sobre as informações do DATASUS, vale destacar que: os dados presentes não permitem examinar se a ocorrência se deu no ambiente domiciliar; uma parcela dos acidentes domésticos não gera informações nos sistemas, pois nem sempre o poder público é requerido.

O reconhecimento dos acidentes domésticos como problema não só de saúde, mas também como de segurança pública, ocorre devido a alguns fatores: um deles é a dificuldade de determinar intencionalidade em alguns tipos de acidente doméstico como afogamento e intoxicação; outra razão é o fato de que, em casos de picadas e mordidas de animais venenosos, queimaduras, vazamentos de gás e choques elétricos, o acidente pode vitimar ou colocar em risco as demais pessoas presentes no local; por fim, os primeiros respondentes de ocorrências de acidentes domésticos, não raro, são profissionais de segurança pública, em especial os bombeiros.

AÇÕES DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

Os acidentes domésticos são ocorrências de importante interface entre saúde, infraestrutura e segurança pública, demandando ações intersetoriais. Em 2014, o Ministério da Justiça lançou o Caderno Guia Nacional do Bombeiro Educador (BRASIL, 2014), o qual apresenta tópicos relacionados à prevenção de acidentes, com mensagens desenvolvidas para cada público-alvo, grupo de risco e tipo de ocorrência. O Caderno Guia aborda temas e conteúdos para palestras, mas apresenta, também, ações a serem empregadas para evitar acidentes domésticos tais como afogamentos, incêndios e contato com animais peçonhentos.

O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) ocupa uma função estratégica, articulando desde ações de prevenção de riscos e acidentes até o atendimento direto de ocorrências relacionadas. Essa atuação se dá em todas as quatro Regiões Integradas de Segurança Pública do Distrito Federal, entretanto algumas Áreas Integradas de Segurança Pública, conforme definidas pelo plano Viva Brasília, tais como Plano Piloto e Estrutural (RISP Metropolitana), Lago Norte e Planaltina (RISP Leste), Gama e Recanto das Emas (RISP Sul), e Samambaia, Taguatinga, Ceilândia e Águas Claras (RISP Oeste) merecem um olhar cuidadoso pelo montante de ocorrências registradas.

Apenas com um diagnóstico acurado e situado territorialmente dos acidentes domésticos, é possível ofertar ações eficazes, eficientes e efetivas, que envolvam a população e outros setores e órgãos da administração pública.

O Anuário Estatístico de Atendimento do ano de 2016 do CBMDF (GDF, 2017) apresentou os dados das ocorrências, organizadas por tipo, região administrativa e mês de maior prevalência. As ocorrências de atendimento pré-hospitalar representaram a maioria dos atendimentos (cerca de 25 mil), incluindo envenenamentos e intoxicações em geral, bem como picadas de animais. Além disso, no que tange às ocorrências de combate a incêndio, há situações relacionadas a incêndios domésticos: em colchões, casas, chácaras, barracos; em redes elétricas/curto circuitos e a partir de superaquecimento de painéis. Há também as chamadas “Ocorrências diversas”, que englobam quedas da própria altura, e atendimentos a casos de afogamento.

Além dos atendimentos prestados, o braço social do CBMDF possui dois programas de interesse para essas iniciativas. Um deles, chamado Programa Bombeiro Mirim, desenvolve ações com crianças de 7 a 14 anos, principalmente nas localidades de Brazlândia, Ceilândia, Cidade Estrutural, Samambaia, Recanto das Emas, Gama, Santa Maria, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Paranoá, São Sebastião, Sobradinho e Planaltina. Neste programa, há um grupo de atividades bombeiro-militares, que abordam, entre outros temas, a questão da prevenção a acidentes domésticos. O outro programa, intitulado Programa Bombeiro Amigo, é voltado para pessoas idosas, oferecendo práticas físicas, educativas e culturais que promovem qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social dessa população em Ceilândia, Brazlândia, Samambaia, Gama, Guará e São Sebastião.

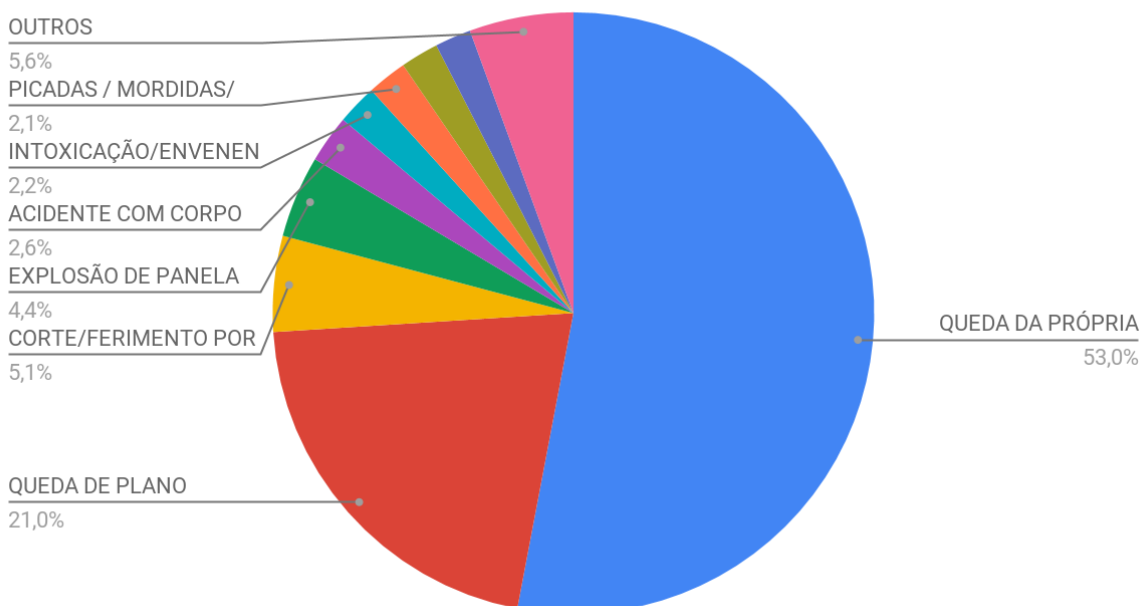
ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS REGISTRADAS ENTRE JANEIRO DE 2013 E JULHO DE 2017

A partir da base de dados do Sistema de Gestão de Ocorrências (SGO), foram identificadas 16 categorias de acidentes domésticos que ocorreram no DF no período:

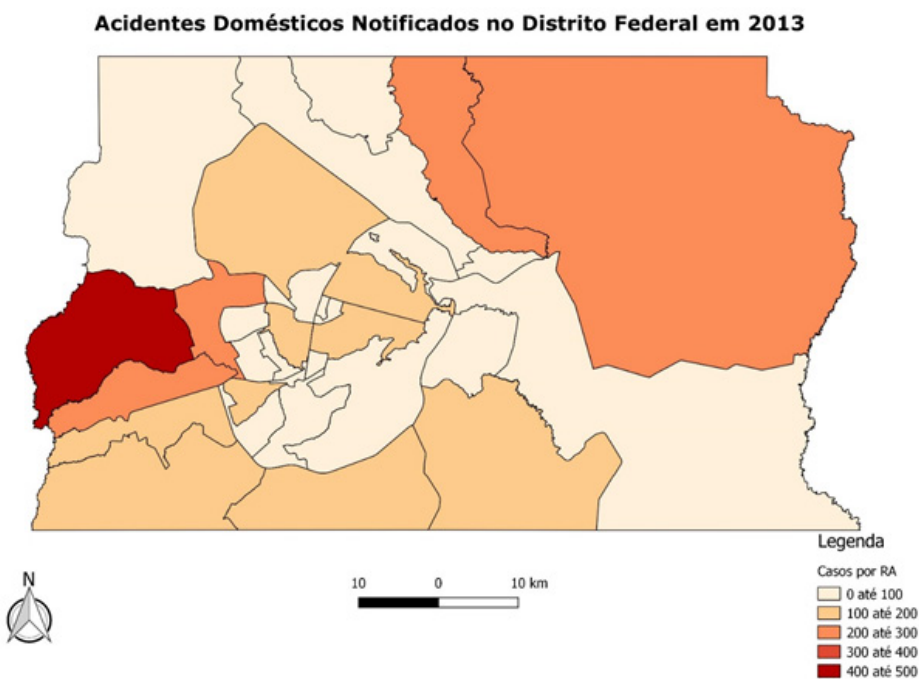
- QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
- QUEDA DE PLANO ELEVADO
- CORTE/FERIMENTO POR OBJETO PERFUROCORTE
- EXPLOÇÃO DE PAINEL DE PRESSÃO / SUPERAQUECIMENTO DE PAINEL OU ELETRÔNICOS
- ACIDENTE COM CORPO ESTRANHO / ENGASGO / SUFOCAMENTO
- INTOXICAÇÃO/ENVENENAMENTO
- PICADAS / MORDIDAS/ ACIDENTES COM ANIMAIS
- QUEIMADURA
- FERIMENTO POR QUEDA DE OBJETO / ESMAGAMENTO / COLISÃO
- CHOQUE ELÉTRICO
- INCÊNDIO DOMÉSTICO
- PARTE DO CORPO / PESSOA PRESA
- AFOGAMENTO DOMÉSTICO
- VAZAMENTO DE GÁS / EXPLOSÕES DIVERSAS
- FERIMENTO POR ARMA DE FOGO ACIDENTAL
- ACIDENTE DOMÉSTICO COM DESCRIÇÃO INSUFICIENTE

A memória do tratamento da base de dados sobre ocorrências atendidas pelo CBMDF está disponível no Apêndice 2. Já a distribuição dos acidentes domésticos, demonstra grande concentração de quedas, seja de própria altura (7.052 ocorrências no período) ou de plano elevado (2.795 ocorrências).

Acidentes domésticos DF (2013-2017)



A título de ilustração, na figura abaixo é apresentada a distribuição de acidentes domésticos no Distrito Federal, registradas no SGO durante o ano de 2013:



Na tabela abaixo são apresentadas as regiões administrativas com taxa de acidentes domésticos acima de 500/100.000 hab. considerando os registros de janeiro de 2013 a julho de 2017:

Região Administrativa	Nº de acidentes domésticos (AD)	Taxa de acidentes domésticos por 100 mil habitantes
Paranoá	417	868
Candangolândia	133	789
Riacho Fundo	298	743
Sobradinho	479	699
Varjão	62	673
SAI	13	654
Guará	860	648
Santa Maria	746	596
Núcleo Bandeirante	148	590
Brazlândia	296	566
Lago Sul	166	566
Recanto das Emas	810	557
Taguatinga	1180	530
São Sebastião	529	528

A seguir, apresentamos uma nuvem de palavras mais prevalentes na descrição das ocorrências relativas aos acidentes domésticos, que denota, novamente, a importância das quedas, em especial as de plano elevado e as que ocorrem em banheiros, e de uma atenção necessária para



as crianças enquanto vítimas:

No ano de 2017 foi feita a **Pesquisa Distrital de Segurança Pública 2017**, pela Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal, um *survey* que examinou vitimização criminal e também acidentes. De acordo com os dados dessa pesquisa, 161.175 pessoas responderam que foram vítimas de algum acidente no ano pesquisado, indicando que as principais ocorrências foram quedas (principalmente entre pessoas acima de 55 anos), ataques de animais e queimaduras (principalmente pessoas entre 16 e 24). As principais causas apontadas foram: queda da própria altura e escorregões em piso molhado/irregular), ataques por abelhas e escorpiões, queimaduras por líquido e superfícies quentes.

PRINCIPAIS CAUSAS E RECOMENDAÇÕES GERAIS DE PREVENÇÃO

O Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças (WHO, 2008), traz algumas soluções efetivas para reduzir afogamentos, entre elas: esvaziar águas acumuladas não necessárias (tais como banheiras, poços e baldes); construir e manter proteções laterais à volta das piscinas; cobrir poços, tanques e depósitos de armazenamento de água, com redes pesadas; ensinar primeiros socorros aos pais e aos prestadores de cuidados a crianças e treinar a comunidade com técnicas de ressuscitação cardiopulmonar. O relatório ainda aborda possíveis causas e intervenções para outros tipos de acidentes domésticos com crianças e adolescentes, tais como queimaduras, quedas e envenenamentos. O Anexo I traz o compêndio da ONG Criança Segura sobre prevenção de acidentes com crianças, que pode complementar as recomendações do Relatório Mundial.

A casa e a escola, por serem locais mais frequentados por crianças e adolescentes, são os locais onde se encontram os maiores fatores de risco. Assim, as ações preventivas devem focar estes ambientes. Uma revisão sistemática (BARCELOS; DEL-PONTE; SANTOS, 2018) identificou que alguns dos fatores de risco mais relevantes em domicílios são a presença de beliches, fogões, escadas, tomadas elétricas e produtos tóxicos de fácil acesso, já no ambiente escolar seriam brinquedos e playgrounds.

Engasgos e sufocamentos, principalmente quando ocorrem com crianças, em geral envolvem alimentos ou pequenas peças, sendo mais prevalentes entre meninos e menores de 05 anos, durante as refeições ou brincadeiras (LLUNA et al., 2017). Seriam estratégias de prevenção a proposição de normas de etiquetamento e colocação de advertências em brinquedos muito pequenos, além da orientação para pais ou adultos cuidadores sobre como ofertar alimentos para crianças pequenas. O National Health System (KENDRICK et al., 2017b) revisou diversos estudos sobre prevenção de acidentes com crianças menores de 05 anos e verificou que a instalação de sensores de fumaça e termostatos para banho, acompanhadas de orientações educativas, ajudaram a evitar incêndios e queimaduras domésticas.

Características comumente associadas ao aumento do risco de incêndios domésticos, ferimentos e mortes (TURNER et al., 2017) incluíram: maior número de moradores na casa, moradores homens, crianças menores de 5 anos, famílias que não trabalham fora de casa, tabagismo, baixa renda, residência em propriedades não privadas, apartamentos e edifícios em má condição. Sobre envenenamentos, a melhor estratégia de prevenção seria educar adultos a armazenarem fora do alcance de crianças os remédios ou produtos de limpeza/tóxicos da casa, de forma segura (trancada) e imediatamente após o uso (ACHANA et al., 2016; KENDRICK et al., 2017a); e, para evitar quedas, o uso de grades nas escadas e restrição de andadores infantis, que podem aumentar o risco de queda, seriam custo-efetivos.

A prevalência de quedas está associada com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como sendo ruim e maior número de medicações referidas para uso contínuo (SIQUEIRA et al, 2007). Existe uma associação pequena, mas consistente, entre quedas e a maioria das drogas psicotrópicas. A polifarmácia, consumo diário de quatro ou mais medicamentos, também foi relacionada a quedas, provavelmente por implicar maior risco de uso de medicamentos inadequados, reações adversas e interações medicamentosas (GAMA; GOMEZ-CONESA, 2008). A queda também é um problema comum entre pacientes jovens afetados por distúrbios neurológicos, principalmente aqueles com desempenho reduzido no equilíbrio e na marcha (SAVERINO; MORIARTY; PLAYFORD, 2014).

Quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. Os ambientes residencial e externo podem aumentar o risco de quedas e devem ser incluídos na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados. (BRASIL, 2006).

Uma revisão sistemática (GILLESPIE et al., 2012) investigando intervenções para reduzir a ocorrência de quedas entre pessoas idosas vivendo nas comunidades identificou que a realização de exercícios guiados de equilíbrio e força, em grupos ou em visitas domiciliares, foi efetiva em reduzir quedas, assim como a realização de Tai Chi. Os efeitos da distribuição de material informativo, por outro lado, não foram conclusivos. Tais informações são especialmente relevantes quando pensamos na oferta de ações estratégicas para a comunidade. A identificação de risco individual também aparece como uma intervenção efetiva, e há modelo de investigação de risco sugerido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2010).

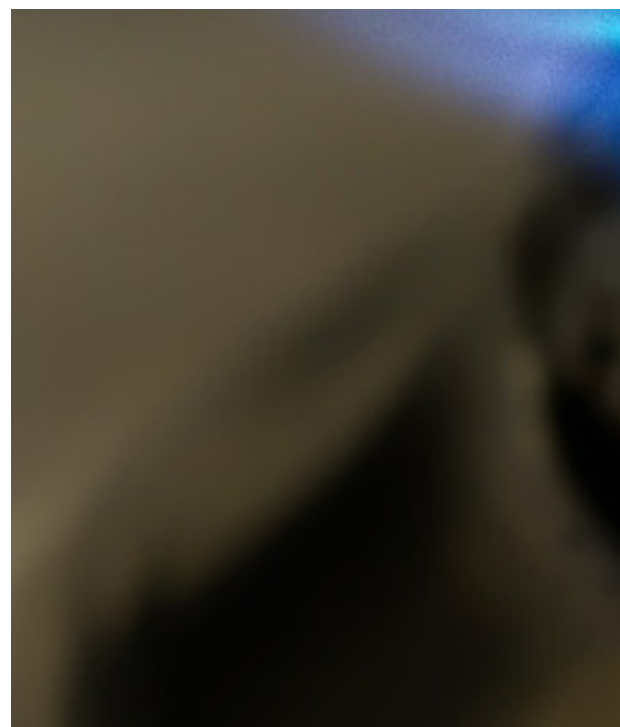
No quadro abaixo apresentamos um consolidado dos materiais consultados, relacionando ciclos de vida, tipos de acidentes domésticos mais prevalentes, principais causas e fatores de risco:

Ciclo de Vida	Acidentes domésticos mais prevalentes	Principais causas	Fatores de Risco
Crianças	afogamentos	água acumulada em banheiras, poços, baldes, piscinas	Presença de piscinas, brincadeiras sem a supervisão de um adulto
	sufocação	alimentos e pequenas peças de objetos	meninos menores de 05 anos
	queimaduras	líquidos e superfícies quentes	presença de fogões, produtos tóxicos de fácil acesso
	quedas	queda da própria altura, queda de plano elevado, escorregões em piso molhado/irregular	presença de beliches, escadas
Adultos	ataques de animais	ataques por abelhas e escorpiões	descuidos ao calçar sapatos e usar bolsas e sacolas
	queimaduras	líquidos e superfícies quentes, chamas de fogo	sexo masculino, solteiros e jovens, tabagismo
	quedas	queda da própria altura, queda de plano elevado	distúrbios neurológicos
Idosos	quedas	queda da própria altura, escorregões em piso molhado/irregular	sexo feminino, idade avançada, nível socioeconômico, obesidade, sedentarismo, diabetes, artrite, reumatismo, depressão, número elevado de medicações de uso contínuo (polifarmácia), presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc)

Fonte: elaboração própria

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

A metodologia proposta pela Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) foi utilizada para a elaboração desta síntese. Baseia-se em um conjunto de ferramentas que foram desenvolvidas pelo projeto SUPPORT (SUPporting Policy relevant Reviews and Trials) (OXMAN et al., 2009).



Estratégia de busca por intervenções efetivas para prevenir acidentes domésticos

A busca de evidências científicas foi realizada em outubro e novembro de 2018, com o objetivo de identificar revisões sistemáticas, nas seguintes bases de dados: BVS; PubMed; e Health Systems Evidence.

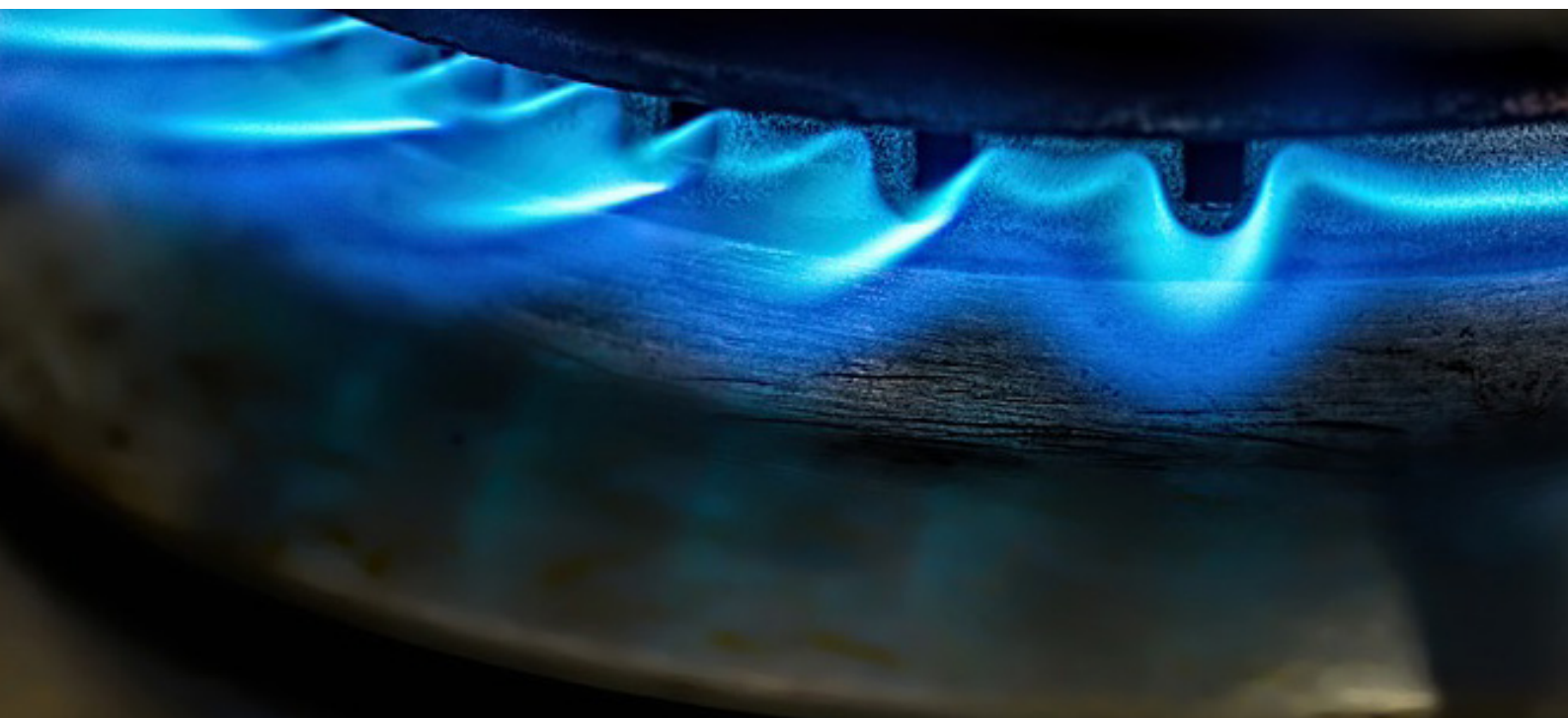
A partir dos estudos recuperados pela estratégia de busca adaptada para cada base, foram identificadas intervenções para abordar o problema.

Na BVS, a estratégia utilizada foi (accident* OR burn* OR fall* OR scald* OR asphyx* OR chok* OR cut* OR suffocat* OR poison* OR fracture* OR wound* OR injur*) AND prevention AND home AND (collection:("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE")) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "overview" OR "evidence_synthesis") AND year_cluster:("2008" OR "2011" OR "2014" OR "2016" OR "2013" OR "2010" OR "2012" OR "2015" OR "2009" OR "2018")) . Após a busca, foram identificadas 67 revisões sistemáticas, as quais 09 eram duplicadas, e 41 foram excluídas após leitura de títulos e resumos, totalizando 17 estudos incluídos.

Na PubMed, a estratégia utilizada foi (accident* OR burn OR fall OR scald* OR asphyx* OR choking OR cut OR suffocat* OR poison* OR fracture* OR wound* OR injur* OR fire OR drowning) AND prevention AND home, com os filtros de ano (2008-2018) e tipo de estudo (systematic review; metanalysis). Após a busca, foram identificadas 251 revisões sistemáticas, as quais 12 eram duplicadas, e 194 foram excluídas após leitura de títulos e resumos, totalizando 45 estudos incluídos.

Por fim, na Health Systems Evidence, a estratégia utilizada foi (accident OR burn OR fall OR scald OR asphyx OR choking OR cut OR suffocating OR poisoning OR injury OR fire OR drowning) and home AND prevention, com os filtros de ano (2008-2018) e tipo de estudo (systematic review; evidence brief). Após a busca, foram identificadas 60 revisões sistemáticas, as quais 26 eram duplicadas, e 28 foram excluídas após leitura de títulos e resumos, totalizando 06 estudos incluídos.

Do total de 68 estudos incluídos (Apêndice 3) foram extraídas as opções que seguem. Todos os estudos tiveram sua qualidade metodológica avaliada por meio da ferramenta AMSTAR (SHEA et al., 2007) e um resumo das principais características de cada estudo pode ser encontrado no Apêndice 4.



A maior parte dos estudos incluídos diz respeito à busca de intervenções para prevenção de quedas ($n = 49$), em especial entre idosos ($n = 40$), devido à relevância epidemiológica do problema. Os melhores resultados observados na prevenção de acidentes domésticos dizem respeito a combinações de uma ou mais intervenções (GILLESPIE, et al., 2012; HOPEWELL et al., 2018; TURNER et al., 2011). Considerando as estratégias que utilizam um conjunto de intervenções simultaneamente na prevenção de quedas, diversas revisões sistemáticas, incluindo dois estudos de alta qualidade, apontaram que o uso de tecnologias pode ser um fator que contribui para sua eficácia (BALZER et al., 2012; CHASE et al., 2012; CHOI; HECTOR, 2012; HOPEWELL et al., 2018; GOODWIN et al., 2014; HILL et al., 2018; LIU et al., 2016; OMAKI et al., 2017).

Por exemplo, uma revisão sistemática de média qualidade aponta que é possível estabelecer programas de exercício físico e treinamento com base no uso de videogames (LAUFER; DAR; KODESH, 2014), enquanto outra revisão de média qualidade sugere a utilização de sensores de movimento para monitorar comportamentos de risco e ocorrência de quedas (NGUYEN et al., 2018).

Para quedas, em geral a intervenção principal de prevenção foi alguma prática de exercício físico (HOPEWELL et al., 2018). Uma revisão sistemática de média qualidade (DUKYOO; JUHEE; LEE, 2008) apontou para o fato de que intervenções voltadas para enfrentar o medo de sofrer quedas só demonstram efeitos significativos após 04 meses de implementação, alertando para o tempo que pode levar para que essas intervenções demonstrem resultado.

Em um estudo (DAY et al., 2014) que classificou intervenções de prevenção de quedas, da mais adequada até a menos adequada para integração imediata às políticas de atenção à saúde, o resultado foi: 1) avaliação e intervenção de risco multifatorial (individual e doméstica); 2) exercícios de grupo; 3) revisão de medicação; 4) terapia ocupacional para segurança domiciliar; 5) exercícios domiciliares; e 6) primeira cirurgia de catarata.

OPÇÃO 1 - AVALIAÇÃO DE RISCO CLÍNICO: ADEQUAÇÃO NO USO DE PRÓTESES E MEDICAMENTOS OU NOS CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS

Para prevenção de diversos acidentes domésticos - e, em especial, para quedas entre pessoas idosas - pode ser realizada a avaliação de risco clínico, conduzida por profissional de saúde ou profissional treinado para anamnese. Nessa avaliação, busca-se verificar se alguma limitação de saúde (por exemplo, dificuldades de visão, necessidade de próteses, uso inadequado de medicamentos) está contribuindo para aumentar o risco de ocorrência de acidentes domésticos.

A partir da avaliação, deve ser proposta uma abordagem individualizada, idealmente multifatorial (GILLESPIE et al., 2012; HOPEWELL et al., 2018), e a pessoa pode ser orientada a procurar um profissional de saúde ou ser encaminhada para serviços de saúde que possam ajudá-la a superar quaisquer limitações. Dentre as adequações possíveis, está a oferta de protetores de quadril para idosos (GILLESPIE; GILLESPIE; PARKER, 2010), adequação medicamentosa ou oftalmológica (GILLESPIE et al., 2012).

QUADRO 1 – ELEMENTOS DA OPÇÃO 1 - AVALIAÇÃO DE RISCO CLÍNICO: ADEQUAÇÃO NO USO DE PRÓTESES E MEDICAMENTOS OU NOS CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS

<i>Público-Alvo e Acidente relacionado</i>	<i>Pessoas idosas (quedas)</i>
<i>Benefícios</i>	Uma revisão sistemática de alta qualidade indicou que, quando a avaliação de risco clínico fez parte de uma intervenção multifatorial, reduziu o número de quedas (HOPEWELL et al., 2018). Para idosos que vivem na comunidade, Gillespie et al. (2012), em uma revisão sistemática de alta qualidade, verificaram que avaliação multifatorial e programas de intervenção reduzem a taxa de quedas, mas não o risco de queda. Uma revisão sistemática de alta qualidade observou a diminuição no número de fraturas quando, após a avaliação de risco, ofertou-se protetores de quadril às pessoas idosas que viviam em asilos ou casas de repouso (GILLESPIE; GILLESPIE; PARKER, 2010).
<i>Danos potenciais</i>	Realizar apenas a avaliação pode contribuir para uma falsa sensação de segurança às pessoas avaliadas, sendo necessário garantir o acompanhamento posterior abrangente e resolução de quaisquer limitações para conseguir o efeito de prevenção desejado (MOYER, 2012). As pessoas mais velhas podem estar em maior risco de cair enquanto se ajustam a novos óculos ou a grandes mudanças na prescrição medicamentosa - e apenas intervenções de correção da visão não são efetivas (CARPENTER, 2010; GILLESPIE et al., 2012; ZHANG; SHUAI; LI, 2015). Uma revisão de média qualidade alerta para o fato de que remédios como os bisfosfonatos têm um efeito na densidade mineral óssea, o que provavelmente reduz o risco de fratura, mas é menos provável que diminua o risco de quedas (BATCHELOR et al., 2010). Não é recomendada suplementação de vitamina D para pessoas idosas saudáveis e sem queixas de queda (KIM et al., 2017), pois a mesma pode gerar um aumento pequeno, mas significativo, de sintomas gastrintestinais e da doença renal .
<i>Custos esperados</i>	É esperado o custo de capacitação da equipe e de deslocamento, caso a avaliação seja feita no ambiente domiciliar. Houve algumas evidências, apesar de limitadas, de que as estratégias de prevenção de quedas podem economizar custos durante o período de avaliação e também podem ser eficazes em termos de custo durante a vida útil dos participantes. Os resultados indicam que, para obter a máxima rentabilidade, estratégias eficazes precisam ser direcionadas a subgrupos específicos de pessoas mais velhas (GILLESPIE et al., 2012). Cirurgias de catarata foram consideradas, por uma revisão sistemática de alta qualidade metodológica, a intervenção individual menos custo favorável (DAVIS et al., 2010). Os programas de ajuste de medicação são os mais eficazes em termos de custos para idosos que residem em instituições asilares ou de cuidados contínuos (OLIJ et al., 2018).
<i>Incertezas / necessidade de monitoramento e avaliação</i>	Não há certeza sobre o efeito da avaliação de risco na redução no risco de quedas (HOPEWELL et al., 2018). As evidências podem não ser aplicáveis a pessoas idosas com demência, já que a maioria dos estudos incluídos as excluiu da participação (GILLESPIE et al., 2012). A baixa aceitação e adesão de pessoas idosas aos protetores do quadril têm sido fatores-chave que contribuem para a incerteza contínua sobre seus efeitos (GILLESPIE; GILLESPIE; PARKER, 2010). Gillespie et al. (2012) indicam que existem evidências limitadas sobre a eficácia das intervenções direcionadas a medicamentos (por exemplo, retirada de medicamentos psicotrópicos, programas educacionais para médicos de família). Suplementação nutricional não demonstrou reduzir o risco de queda. Não há evidência de efeito na taxa de quedas ou risco de queda por meio de intervenções cognitivo-comportamentais.

Principais elementos da opção	O efeito dessa opção na redução da taxa de quedas pode ser potencializado se fizer parte de uma intervenção multifatorial, que inclua outras abordagens tais como práticas de exercícios físicos ou adequação do ambiente doméstico (HOPEWELL et al., 2018), em especial, se as intervenções multifatoriais integrarem avaliação com abordagem individualizada, geralmente envolvendo uma equipe multidisciplinar (GILLESPIE et al., 2012). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde pode ser uma estrutura útil para entender o impacto mais amplo das intervenções de prevenção de quedas (FAIRHALL et al., 2011). Medir a qualidade de vida (QV) é uma parte importante na avaliação dos efeitos dos tratamentos e serviços de saúde no bem-estar dos pacientes. Este tipo de avaliação deve ser incluído ao avaliar os efeitos dos programas preventivos (VAAPIO et al., 2008). Uma diretriz coreana de média qualidade (KIM et al., 2017) indica que a avaliação de risco de queda multifatorial deve ser realizada para idosos residentes na comunidade que relatam quedas recorrentes (≥ 2), dificuldades com a marcha ou equilíbrio, ou que procuram atendimento médico ou se apresentam ao pronto-socorro devido a uma queda. As avaliações multifatoriais de risco de queda são uma avaliação geriátrica abrangente ou focada em quedas, geralmente incluindo duas ou mais das seguintes avaliações: visão, marcha, mobilidade, força muscular, uso de medicamentos, comprometimento cognitivo, hipotensão ortostática e riscos ambientais. Protetores de quadril consistem em escudos de plástico ou almofadas de espuma montadas em bolsos em roupas íntimas especialmente projetadas. Eles são usados para reduzir o impacto de uma queda lateral no quadril (GILLESPIE; GILLESPIE; PARKER, 2010). A oferta de um protetor de quadril pode aumentar a confiança nos idosos, porque ele provavelmente faz com que os participantes se sintam seguros quando se movem (DUKYOO; JUHEE; LEE, 2008). Em geral, o uso de vitamina D não parece prevenir quedas em todas as pessoas idosas que vivem na comunidade, mas parece ser eficaz em pessoas que têm níveis mais baixos de vitamina D antes do tratamento, em mulheres idosas que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) e hoje vivem em instituições asilares, e para aquelas que tem doença de Alzheimer (BATCHELOR et al., 2010; GILLESPIE et al., 2012; HILL et al., 2018). Em pessoas com deficiência visual severa, a primeira cirurgia ocular de catarata reduz significativamente a taxa de quedas em comparação com os grupos controle, mas não o risco de queda ou risco de fratura (CARPENTER, 2010). Intervenções de correção de problemas de visão (avaliação por oculista, adequação de óculos ou intervenções cirúrgicas), quando combinadas com outras estratégias, também são efetivas na prevenção de quedas entre idosos (ZHANG; SHUAI; LI, 2015). A taxa de quedas foi reduzida em pessoas com dor no pé incapacitante recebendo “podologia multifacetada” (órteses customizadas, revisão de calçados, exercícios para pé e tornozelo, educação para prevenção de quedas além de “cuidados podológicos usuais”). Já a estimulação cardíaca em pessoas com hipersensibilidade do seio carotídeo, e uma história de síncope e / ou quedas, reduziu a taxa de quedas (GILLESPIE et al., 2012), mas não o número de fraturas (CARPENTER, 2010).
---	---

Barreiras ou facilitadores de implementação	Esta opção implica articulação intersetorial, podendo envolver os setores da saúde, assistência social, infraestrutura e segurança pública. Quando, após a avaliação de risco, são ofertados protetores de quadril, as razões mais frequentemente mencionadas para não usá-los foram: não ser confortável (ajuste muito apertado / ruim); o esforço extra (e tempo) necessário para usar o dispositivo; incontinência urinária; e dificuldades físicas/doenças (GILLESPIE; GILLESPIE; PARKER, 2010; QUIGLEY et al., 2010). Um dos facilitadores de intervenções que envolvem revisão de medicamentos seria o fato de que, diferente de outras intervenções, podem acontecer em uma interação única (OLIJ et al., 2018). Uma revisão sistemática de média qualidade (CHILD et al., 2012) aponta que a concordância do paciente com qualquer intervenção de prevenção de quedas é crucial para um resultado bem-sucedido na prevenção de quedas. A adoção de práticas holísticas e centradas no paciente, com pessoas mais velhas sendo participantes ativas, em vez de receptoras passivas, é vital para conseguir a implementação. No entanto, uma hierarquia de especialização parece permanecer na área da saúde, com o médico ainda considerado o "especialista" geral em qualquer "relacionamento" da área da saúde. Esse desequilíbrio pode resultar em uma falha dos profissionais de saúde em levar em consideração os pontos de vista e as experiências de indivíduos mais velhos, levando a que não sejam adotadas recomendações. Um desafio fundamental parece ser a forma como os profissionais de saúde podem conscientizar os idosos sobre o seu risco potencial de queda sem causar angústia ou negação de um problema. Uma das principais barreiras (CHILD et al., 2012) para o sucesso da implementação de programas de prevenção de quedas são as diferentes percepções de risco de queda entre a população mais velha, famílias e profissionais de saúde. Tensões persistem entre o equilíbrio de poder, experiência e independência nas relações entre a pessoa idosa, suas famílias e profissionais de saúde. Algumas pessoas mais velhas podem expressar atitudes de que aumentar o risco de queda é um símbolo do envelhecimento, diminuindo a competência e a independência, e que estas são simplesmente uma parte inevitável do envelhecimento. Nesse raciocínio, nenhuma intervenção pode impedir que as quedas aconteçam. Essa visão fatalista das quedas é uma barreira significativa à mudança de comportamento. Se uma pessoa idosa acredita ter pouco controle sobre o que acontece com ela, pode ser que não consiga adotar comportamentos preventivos. Portanto, projetar programas de prevenção contra quedas que possam ser implementados com sucesso é um desafio. Por um lado, alguns entrevistados rejeitaram claramente as intervenções que os estereotiparam como frágeis, enquanto outros valorizavam intervenções que envolviam contato com pessoas de idade e habilidade semelhantes.
---	---

OPÇÃO 2 - EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Para prevenção de quedas, em especial entre pessoas idosas, há diversos estudos que apontam para os benefícios da prática de exercícios físicos (BALZER et al., 2012; CHASE et al., 2012; CHOI; HECTOR, 2012; FAIRHALL et al., 2011; GILLESPIE et al., 2012; GOODWIN et al., 2014; GUO et al., 2014; MARTIN et al., 2013; MOYER, 2012), seja conduzidos em grupos nas comunidades ou em casa (SHERRINGTON et al., 2011), apoiados por um profissional treinado.

QUADRO 2 – ELEMENTOS DA OPÇÃO 2 - EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

<i>Público-Alvo e Acidente relacionado</i>	<i>Pessoas idosas (quedas)</i>
<i>Benefícios</i>	Três revisões sistemáticas de alta qualidade apontaram que exercícios físicos foram muito efetivos na prevenção de quedas entre pessoas idosas vivendo na comunidade (RIMLAND et al., 2016) e que intervenções com múltiplos componentes, geralmente incluindo exercícios, podem reduzir a taxa de quedas e o risco de quedas em comparação com os cuidados habituais (GILLESPIE et al., 2012; HOPEWELL et al., 2018). No geral, os programas de exercícios destinados a reduzir as quedas parecem também reduzir as fraturas (CARPENTER, 2010; GILLESPIE et al., 2012). A prática de exercícios físicos mediada por fisioterapeutas, em casa ou em grupos, pode promover, de acordo com uma revisão sistemática de média qualidade (MARTIN et al., 2013) diminuição da frequência de quedas, aumento do equilíbrio e melhora da qualidade de vida, inclusive ampliando o desempenho de diferentes papéis sociais por pessoas idosas (FAIRHALL et al., 2011).
<i>Danos potenciais</i>	Caminhar por conta própria não foi eficaz na redução de quedas, assim como exercícios praticados sem supervisão não reduziram as quedas entre idosos que vivem em instituições asilares (RIMLAND et al., 2016). Uma revisão sistemática de alta qualidade (CAO et al., 2018) aponta que, para esses idosos, a prática de exercício não foi considerada eficaz, pois, ao mesmo tempo que fortalece o equilíbrio, poderia aumentar o risco de quedas. Programas de exercícios individualizados em casa (HILL et al., 2015) não foram efetivos para grupos de alto risco (como idosos que voltaram para casa depois de se recuperar de um problema de saúde agudo), os quais requerem uma abordagem multifatorial.
<i>Custos esperados</i>	É esperado o custo de capacitação ou contratação de profissionais, além do custeio de espaço físico coberto (para garantia de continuidade dos programas em condições climáticas desfavoráveis). Investir em programas de prevenção de quedas para adultos com 60 anos ou mais é custo-efetivo (OLIJ et al., 2018). Programas de exercícios individualizados em casa foram considerados de baixo custo (HILL et al., 2015). O Programa de Exercício de Otago, que combina uma série de exercícios de força, marcha e equilíbrio, os quais podem ser feitos em casa pelos idosos, demonstrou a melhor relação custo-eficácia, de acordo com uma revisão sistemática de alta qualidade (DAVIS et al., 2010). No mesmo estudo, programas multifatoriais foram considerados custo-efetivos no grupo de indivíduos com maior número de fatores de risco para quedas.

<i>Incertezas / necessidade de monitoramento e avaliação</i>	Uma revisão sistemática de alta qualidade (KUMAR et al., 2016) indica que as intervenções de exercício provavelmente reduzem o medo de cair para um grau pequeno a moderado imediatamente após serem realizadas junto a pessoas idosas que vivem na comunidade. O alto risco de viés na maioria dos estudos incluídos, no entanto, sugere que os resultados devem ser interpretados com cautela. Por outro lado, uma revisão sistemática de qualidade mediana aponta que um programa que combina exercício e educação é mais eficaz do que um programa somente de exercício, porque o medo de cair é influenciado não apenas por problemas físicos, mas também por questões psicológicas e cognitivas (DUKYOO; JUHEE; LEE, 2008). Uma revisão sistemática de média qualidade (MARTINS et al., 2018) estudou modificações no Programa de Exercício de Otago (com inclusão de novos exercícios ou entrega via DVD) e não conseguiu concluir se seria tão eficaz na prevenção de quedas quanto o programa original. Fernandez-Arguelles et al. (2015) não encontraram evidências sobre a dança ser uma forma de exercício benéfica na prevenção de quedas. Uma conclusão decisiva sobre o programa ideal para melhorar a capacidade global de idosos frágeis permanece incerta (DE LABRA et al., 2015). Pesquisas são necessárias para elucidar as barreiras e facilitadores em intervenções de base populacional que influenciam a medida em que os programas populacionais são eficazes (MCCLURE et al., 2005).
<i>Principais elementos da opção</i>	Programas eficazes de exercícios para prevenir quedas incluíam uma combinação de exercícios de equilíbrio exigentes e progressivos realizados em posições de apoio de peso, com treinamento de força de membros inferiores. Além disso, benefícios suplementares também poderiam ser obtidos da atividade funcional, como subir escadas ou ficar sentado, flexibilidade e resistência. Os exercícios devem ser adaptados para as condições dos idosos e de intensidade progressiva (RIMLAND et al., 2016). As aulas de exercícios em grupo e os exercícios conduzidos de forma individual por profissionais na casa de pessoas idosas reduzem a taxa de quedas e o risco de queda (GILLESPIE et al., 2012). Programas voltados a mais de um componente físico (força, resistência, equilíbrio, flexibilidade) podem promover melhor desempenho em relação à capacidade funcional global dos idosos (DE LABRA et al., 2015; KIM et al., 2017), inclusive aqueles com demência (BURTON et al., 2015). O Programa de Exercício de Otago, que consiste em 17 práticas focadas em força e equilíbrio guiadas por fisioterapeutas, mostrou-se efetivo para pessoas maiores de 80 anos (DAVIS et al., 2010). Uma revisão sistemática de baixa qualidade (SHERRINGTON et al., 2011) recomenda que o exercício para a prevenção de quedas forneça um desafio moderado ou alto para equilibrar e seja realizado por pelo menos 2 horas por semana, de forma contínua. Além disso, treinamento de força e caminhada pode ser incluído além do treinamento de equilíbrio, mas indivíduos de alto risco não deveriam ter prescritos programas de caminhada rápida. O Tai Chi como exercício em grupo reduz o risco de cair, mas é menos eficaz em pessoas com maior risco de queda (GILLESPIE et al., 2012; HILL et al., 2018; RIMLAND et al., 2016). O Tai Chi do estilo Yang apresentou efeito maior do que o do estilo Sun, quando comparados ao grupo controle. O efeito preventivo do Tai Chi, observado tanto no número de pessoas que caem quanto na taxa de quedas numa revisão sistemática de alta qualidade (HUANG et al., 2017), provavelmente aumentaria com a frequência do exercício.

Barreiras ou facilitadores de implementação	Uma barreira consiste em que os exercícios tomam tempo para dar resultado, e esses podem sofrer com baixa adesão (DILLON et al., 2018), com o número de desistências chegando a 30% (MARTINS et al., 2018). Recrutamento e encaminhamento realizados em parceria com serviços de atenção primária em saúde parecem ser facilitadores (SHIER; TRIEU; GANZ, 2016). Pritchard et al. (2014) apontam que um dos fatores para a baixa adesão é o fato dos programas de prevenção de quedas incluírem exercícios que são estranhos, dolorosos, cansativos, não agradáveis, ou desmotivantes. Dessa forma, a integração do exercício nas rotinas da vida cotidiana pode ser uma maneira de aumentar a participação ao mesmo tempo em que aborda quedas em pessoas idosas na comunidade. Uma revisão de média qualidade (MARTIN et al., 2013) indica que as práticas em grupo poderiam favorecer a adesão, todavia outra revisão de média qualidade (SIMEK; MCPHATE; HAINES, 2012) traz o grupo como um fator de diminuição da adesão entre idosos, assim como a inclusão de componentes de flexibilidade nos exercícios (MCPHATE; SIMEK; HAINES, 2013). Favoreceriam a adesão total (SIMEK; MCPHATE; HAINES, 2012) aos exercícios: a inclusão de treinamento de equilíbrio e de exercício de caminhada (mesmo essa última podendo reduzir a eficácia da intervenção); intervenções realizadas por fisioterapeutas; a oferta de apoio por meio de visitas domiciliares; e oferta de consulta regular com um fisioterapeuta (que pode, no entanto, aumentar o custo da prescrição do programa de exercícios). Também ajudaria a confiança e a adesão um contato frequente com os participantes e realização de práticas, no mínimo, duas vezes por semana (MCPHATE; SIMEK; HAINES, 2013). Uso de reavaliação intermitente e feedback aos participantes, registrando métodos de participação (por exemplo, diários de exercícios), estruturando os exercícios com preferências de estilo de vida do indivíduo, apontando os efeitos percebidos do programa na saúde mental e na criação de autonomia dos participantes também pode ajudar a melhorar a participação (HILL et al., 2015). Se o exercício for realizado em grupo, pode promover maior satisfação do paciente (MARTIN et al., 2013). O uso de tecnologias pode ser um aliado nessa opção, com uma revisão sistemática de média qualidade (LAUFER; DAR; KODESH, 2014) indicando que um programa de exercícios com base no videogame Wii é viável e pode melhorar suas capacidades de equilíbrio. Tais programas podem servir como uma alternativa para formas mais convencionais de exercício, visando melhorar o controle do equilíbrio.
--	---

OPÇÃO 3 – AVALIAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A avaliação e adequação do ambiente domiciliar realizada por um profissional treinado foi considerada uma intervenção efetiva para redução do risco e do número de quedas em idosos (CLEMSON et al., 2008) e em crianças (YOUNG et al., 2013), de acidentes com produtos químicos, como envenenamentos (SANDEL et al., 2010), queimaduras (ZOU et al., 2015), afogamentos (DIGUISEPPI et al., 2010) e acidentes domésticos com armas de fogo (VIOLANO et al., 2018).

As alterações comuns incluem a instalação de fechaduras nos armários, a instalação de portões de escadas, a melhoria da iluminação em corredores e escadas e a remoção de riscos de tropeções (TURNER et al., 2011), além de ofertas de alarmes e termômetros para prevenção e incêndios e queimaduras (DIGUISEPPI et al., 2010; KENDRICK et al., 2012; ZOU et al., 2015).

Para obter maior efeito, essas intervenções devem ser combinadas com outras (CHOI; HECTOR, 2012; GOODWIN et al., 2014), em especial exercícios físicos, em caso de quedas (CHASE et al., 2012; GUO et al., 2014), e atividades educacionais para prevenção de acidentes com crianças (ACHANA et al., 2016; BARCELOS; DEL-PONTE; SANTOS, 2018; KENDRICK et al., 2009, 2013). Já uma revisão de média qualidade (BARCELOS; DEL-PONTE; SANTOS, 2018) apontou que a distribuição de dispositivos de segurança para prevenção de lesões entre crianças, sem um componente educacional oferecido por um profissional treinado, não foi efetiva.

QUADRO 3 – ELEMENTOS DA OPÇÃO 3 – AVALIAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

<i>Público-Alvo e Acidente relacionado</i>	<i>Crianças (quedas, envenenamentos, choques elétricos, queimaduras, afogamentos, acidentes com armas de fogo)</i> <i>Pessoas Idosas (quedas)</i>
<i>Benefícios</i>	Intervenções de tecnologia ambiental/assistiva, incluindo modificações ambientais, ajudas assistivas e de proteção foram efetivas para prevenção de quedas, de acordo com um estudo de alta qualidade (RIMLAND et al., 2016). De acordo com duas revisões sistemáticas de alta qualidade (KENDRICK et al., 2012; ZOU et al., 2015), o fornecimento de equipamentos de segurança, de baixo custo, com desconto ou gratuitos, aliados a práticas educacionais, são eficazes para aumentar uma gama de práticas de segurança em casa, incluindo ter uma temperatura segura da água quente, um alarme de fumaça funcional, ter ou praticar um plano de evacuação de incêndio, armazenar medicamentos e produtos de limpeza fora do alcance, ter o número do centro de controle de venenos acessível, ter um portão de escada montado, restringir o uso do andador infantil e usar coberturas de tomadas. Houve alguma evidência de que as intervenções de segurança em casa foram eficazes no aumento do uso de proteção metálica em lareiras ou churrasqueiras. DiGuseppi et al. (2010), numa revisão sistemática de baixa qualidade, consideraram efetivas para evitar acidentes a instalação e o funcionamento adequado de alarmes de fumaça; o cercado de piscina de isolamento de 4 lados; e a predefinição da temperatura da água quente segura.
<i>Danos potenciais</i>	O uso de cercado de piscina de três lados em vez de cercado de piscina de quatro lados completo não é eficaz e pode realmente aumentar o risco porque os cuidadores podem acreditar que a cerca incompleta é adequada (DIGUISEPPI et al., 2010).
<i>Custos esperados</i>	É esperado o custo de capacitação e deslocamento das equipes e, em caso de fornecimento de equipamentos, o custo de compra, instalação e manutenção dos mesmos. A redução do risco de quedas por meio de uma intervenção de avaliação e adequação doméstica, que pode ser fornecida por apenas uma ou duas visitas domiciliares, é potencialmente custo-efetiva e desejável (CLEMSON et al., 2008; OLIJ et al., 2018), embora para evitar quedas recorrentes, um estudo (VLAHEYEN et al., 2015) recomende acompanhamento por 12 meses. Não é possível, no entanto, (TURNER et al., 2011) determinar quais aspectos das intervenções multifatoriais são mais rentáveis.

<i>Incertezas / necessidade de monitoramento e avaliação</i>	Embora seja lógico deduzir que os riscos físicos e o design e layout ruins contribuem para uma sequência de eventos que culminam em uma lesão, não é possível concluir que a melhoria de tais riscos irá certamente reduzir o número de lesões (TURNER et al., 2011). Kendrick et al. (2012) apontam que há achados conflitantes sobre os efeitos de intervenções que fornecem equipamentos de segurança. No geral, houve uma falta de evidência de que as intervenções de segurança em casa (na maior parte das vezes, educação aliada à adequação do ambiente doméstico) foram eficazes em aumentar a posse de tapetes e adesivos ou extintores de incêndio, ou em evitar que crianças sejam deixadas sozinhas em superfícies altas ou no banho, em manter alimentos e bebidas quentes fora de alcance, em verificar baterias de alarme de fumaça, ou armazenar fósforos, objetos pontiagudos, pequenos objetos, venenos ou plantas fora de alcance. Entre idosos com distúrbios neurocognitivos (JENSEN; PADILLA, 2017), as evidências são insuficientes para a eficácia da música ambiente nas refeições, luz brilhante, estímulo proprioceptivo e dispositivos sensoriais para reduzir as quedas e os comportamentos de risco. Nenhuma evidência consistente foi encontrada para a eficácia das intervenções sobre o manuseio seguro de alimentos ou bebidas quentes, nem melhorar as práticas de segurança da cozinha (ZOU et al., 2015). Também não foram identificadas evidências robustas sobre a efetividade do uso de tecnologias computadorizadas de monitoramento de quedas em casa (PIETRZAK; COTEA; PULLMAN, 2014), embora pareçam aumentar a confiança e o sentimento de segurança entre idosos. Corrieri et al. (2011) não encontraram evidências para determinar se visitas domiciliares são custo-efetivas.
---	---

Principais elementos da opção	As intervenções ambientais podem ser ofertadas por profissionais de saúde, como terapeutas ocupacionais (GILLESPIE et al., 2012; RIMLAND et al., 2016), ou outros profissionais treinados na avaliação de riscos no ambiente doméstico. Ajustes ao mobiliário doméstico podem ser propostas (HOPEWELL et al., 2018), bem como podem ser ofertados equipamentos (HUBBARD et al, 2015) para facilitar a identificação ou mitigação de riscos (por exemplo, alarmes) ou de mobilidade e comunicação. Os maiores efeitos na prevenção de quedas estão associados a intervenções que são realizadas com grupos de alto risco (BALZER et al., 2012), ou seja, pessoas com uma história de queda no último ano, que haviam sido hospitalizadas por uma queda, que apresentavam declínio funcional ou que apresentavam grave deficiência visual (CARPENTER, 2010; CLEMSON et al., 2008; DAVIS et al., 2010). A entrega de fechaduras de armários/gavetas, combinada com estratégias de educação dos adultos da residência, parece ser efetiva em prevenir envenenamentos (ACHANA et al., 2016; WYNN et al., 2016), bem como deixar visíveis adesivos com o número de apoio a envenenamentos, como um Disque Intoxicação. Entre idosos com distúrbios neurocognitivos (JENSEN; PADILLA, 2017), evidências moderadas apoiam a regulação do ruído, o design ambiental, barreiras visuais discretas e estratégias de realocação ambiental para reduzir comportamentos de risco. Ao estudar a prevenção de quedas entre crianças, uma revisão sistemática de alta qualidade (YOUNG et al., 2013) recomendou que os formuladores de políticas e os profissionais devem promover o uso de portões de segurança e coberturas de mobília e a restrição do uso de andadores para bebês. Violano et al. (2018), em seu estudo sobre prevenção de acidentes domésticos com armas de fogo, indicam o armazenamento seguro - armas de fogo devem ser trancadas, descarregadas e separadas da munição, bem como o uso de dispositivos de segurança de armas de fogo (bloqueios de gatilho, travas de cabos, etc.). Já para quedas de aparelhos televisores em crianças, é indicada (CUSIMANO; PARKER, 2016) a ancoragem de TVs e suportes, a não colocação de televisores em armários e outros móveis domésticos, a escolha de suportes que sejam curtos com bases largas, a manutenção de TVs o mais longe possível da borda do suporte e de objetos desejáveis para crianças (por exemplo, brinquedos). Para evitar acidentes domésticos relacionados ao contato com químicos tóxicos (SANDEL et al., 2010): • Criação de uma zona de pressão negativa sob a fundação, de modo que os gases do solo sejam exauridos pelo telhado, em vez de entrarem no prédio; • Manejo integrado de pragas (sistema que controla as pragas através da negação de acesso, abrigo, alimentação, água, educação dos residentes e uso de pesticidas menos tóxicos) é efetivo para redução da exposição a pesticidas; • Políticas domésticas antifumo reduzem a exposição de crianças ao fumo passivo e reduzem o tabagismo em adultos e entre os jovens; e • Controle de risco de chumbo (uma combinação de substituição de componentes de construção, estabilização de pintura, invólucro, encapsulamento, educação e remoção limitada de tintas, seguida de limpeza especializada e teste de folga).
---	---

Barreiras ou facilitadores de implementação	Young et al. (2013) apontam que abordar questões de custo e dificuldade na instalação de equipamentos de segurança pode ser suficiente para reduzir alguns, mas não todos os riscos em casa. A disposição das famílias para fazer mudanças de segurança pode estar relacionada à sua percepção de risco. Quedas de janelas e banhos são menos comuns do que as que envolvem escadas ou objetos pontiagudos, portanto as famílias podem estar menos dispostas a fazer mudanças para resolver esses problemas, especialmente quando o equipamento pode causar transtornos à família (por exemplo, abrir janelas com travas de segurança), ou ser percebido como potencialmente perigoso (por exemplo, capturas de segurança nas janelas que atrasam a fuga em incêndios). O fornecimento efetivo de equipamentos de segurança envolve suporte contínuo com instalação e manutenção (PEARSON et al., 2011; SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011). A aceitação e o sucesso das intervenções depende do ajuste das intervenções de acordo com as limitações práticas e as expectativas culturais dos pais. Uma barreira específica é a incapacidade dos pais de modificar a residência alugada ou compartilhada. É importante contar com relações de confiança com os pais (PEARSON et al., 2011). Alguns fatores podem contribuir nesse sentido: • Que a intervenção conte com um componente educativo • Integrar as intervenções em programas de saúde mais amplos, onde relações de confiança são cultivadas • Tratar dos problemas que a comunidade identifica como importantes.
--	--

OPÇÃO 4 - ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA ADULTOS/CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para prevenção de quedas (HUBBARD et al., 2015), lesões (BARCELOS, DEL-PONTE, SANTOS, 2018; CUSIMANO, PARKER, 2016; KENDRICK et al., 2012, 2013; WYNN et al., 2016), queimaduras (KENDRICK et al., 2009; ZOU et al., 2015) e envenenamentos (ACHANA et al., 2015; WYNN et al., 2016) entre crianças e adolescentes é possível realizar atividades educativas e campanhas que orientem adultos/cuidadores a respeito de medidas preventivas a serem adotadas. Essas orientações tendem a ser mais efetivas se acompanhadas de inspeções domiciliares para identificação de fatores de risco e distribuição de equipamentos de segurança (Opção 3), tais como termômetros, válvulas de mistura termostáticas, detectores de fumaça, trancas para armários, gavetas e janelas, grades de proteção para escadas, entre outros.

POR QUE AÇÕES EDUCATIVAS NÃO INCLUÍRAM DIRETAMENTE O PÚBLICO DE PESSOAS IDOSAS?

Uma série de revisões sistemáticas apontam que atividades educativas e orientações também podem ser elementos importantes na prevenção de quedas entre idosos, no entanto essas atividades devem sempre ser acompanhadas de outras intervenções, como atividades físicas ou distribuição de equipamentos de segurança. Uma revisão sistemática de média qualidade apontou que a educação, aplicada isoladamente, não foi efetiva (MARTIN et al., 2013) – enquanto cinco revisões, sendo uma de baixa, três de média e uma de alta qualidade, indicaram que educação só foi efetiva quando parte de um pacote maior de intervenções (CHASE et al., 2012; CHOI, HECTOR, 2012; DUKYOO, JUHEE, LEE, 2009; GOODWIN et al., 2014; HILL et al., 2018).

Além das ações educativas e distribuição de equipamentos de segurança, a literatura sugere a adoção de medidas legislativas e regulatórias, tais como a obrigatoriedade de adoção de embalagens e fechos resistentes a crianças para evitar envenenamentos (WYNN et al., 2016) ou estabelecimento de normas de segurança para ruas e espaços esportivos, para evitar lesões (MUNRO et al., 1995).

QUADRO 4 – ELEMENTOS DA OPÇÃO 4 - ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA ADULTOS/CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

<i>Público-Alvo e Acidente relacionado</i>	<i>Crianças e adolescentes (quedas, lesões, queimaduras e envenenamentos)</i>
<i>Benefícios</i>	Intervenções de educação em segurança doméstica, aliadas com adequação domiciliar, foram eficazes em aumentar uma ampla gama de práticas de segurança, incluindo: prevenção de lesões térmicas, ter uma temperatura segura da água quente, um alarme de fumaça funcional, ter ou praticar um plano de evacuação de incêndio, armazenar medicamentos e produtos de limpeza fora do alcance de crianças, posse de xarope de ipeca para casos de intoxicação, número do Disque Intoxicação acessível, posse de grade de proteção em escadas, evitação do uso de andador infantil, uso de coberturas/tampas em tomadas não utilizadas. (KENDRICK et al., 2009, 2013; ZOU et al., 2015). Uma revisão de alta qualidade e uma de baixa qualidade (BARCELOS, DEL-PONTE, SANTOS, 2018; RYBARCZYK et al., 2016) também identificaram como benefícios deste tipo de intervenção: redução de fatores de risco para acidentes, diminuição do número de atendimentos médicos por acidentes, menor frequência de comportamentos de risco e maior conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes na infância. Uma revisão de alta qualidade indicou que educação com ou sem o fornecimento de equipamentos de segurança foi eficaz na promoção do armazenamento seguro de medicamentos e produtos domésticos, e disponibilidade de números de contato de emergência (WYNN et al., 2016). No que diz respeito especificamente a queimaduras, apesar da literatura disponível focar na prevenção entre crianças e adolescentes, uma revisão sistemática de baixa qualidade apontou que atividades educativas são efetivas para prevenção de queimaduras também na população em geral (RYBARCZYK et al., 2016).
<i>Danos potenciais</i>	Não foram identificados
<i>Custos esperados</i>	Uma revisão de alta qualidade (WYNN et al., 2016) apontou que Centros de Informação e Assistência Toxicológica demonstraram ser efetivos e socialmente rentáveis, resultando em cerca de US \$ 1,8 bilhão economizados nos EUA por ano em custos médicos e perda de produtividade.
<i>Incertezas / necessidade de monitoramento e avaliação</i>	Uma revisão de alta qualidade sobre prevenção de envenenamento entre crianças apontou que intervenções mais intensivas de prevenção de intoxicação foram mais eficazes do que apenas educação (ACHANA et al., 2015). No geral, houve uma falta de evidência (HUBBARD et al., 2015; KENDRICK et al., 2009, 2013) de que as intervenções de educação em segurança doméstica foram eficazes em aumentar a posse de tapetes e adesivos ou extintores de incêndio, ou em evitar que crianças sejam deixadas sozinhas em superfícies altas ou no banho, em manter alimentos e bebidas quentes fora de alcance, em verificar baterias de alarme de fumaça, ou armazenar fósforos, objetos pontiagudos, pequenos objetos, venenos ou plantas fora de alcance. Entre os estudos levantados por uma revisão de boa qualidade (KENDRICK et al., 2013) sobre acidentes domésticos entre a população em geral, a maioria relatou resultados relativamente de curto prazo (menos de um ano), poucos estudos relataram medidas repetidas de resultados ao longo do tempo ou resultados a longo prazo. No geral, parece que os tamanhos dos efeitos podem diminuir com o tempo.

Principais elementos da opção	Os provedores de assistência social e de saúde infantil devem fornecer intervenções de segurança no lar, incluindo educação e acesso a equipamentos de segurança gratuitos, de baixo custo ou com desconto, como parte de seus programas de saúde e bem-estar da criança. Os artigos (CUSIMANO, PARKER, 2016; HUBBARD et al., 2015; KENDRICK et al., 2013; ZOU et al., 2015) indicam especialmente a efetividade de programas um-a-um, a educação face-a-face oferecida em casa ou em um ambiente clínico. Intervenções desse tipo devem ser parte de um programa mais amplo de visita aos lares. Outros elementos como o desenho de produtos ou componentes que podem aprimorar a segurança em casa e a aplicação de diretrizes (como a definição de padrões e regulações), também devem compor uma estratégia eficaz. O aconselhamento familiar, mudanças no ambiente domiciliar e a identificação de fatores de risco, de acordo com o estágio de desenvolvimento infantil e hábitos comportamentais comuns ao período etário, foram fatores importantes para a elaboração de intervenções efetivas na prevenção de acidentes infantis (BARCELOS, DEL-PONTE, SANTOS, 2018). A educação, isoladamente, foi efetiva para reduzir o uso e a posse do andadores para bebês (HUBBARD et al., 2015).
Barreiras ou facilitadores de implementação	Uma revisão de baixa qualidade sobre prevenção de queimaduras na população em geral apontou que a implementação das intervenções é facilitada quando as mesmas são "pré-testadas" para a aceitabilidade social e cultural (RYBARCZYK et al., 2016). Schoberer et al. (2018) indicam que, a despeito de panfletos não serem a melhor forma de promover educação, caso sejam criados é essencial que contem com linguagem simples e participação dos usuários finais desde a concepção inicial. São considerados facilitadores (INGRAM et al., 2012): 1. Abordagens: Visitas domiciliares; combinar educação e intervenção ambiental (intervenção ativa e passiva); envolvimento da comunidade; parceria de trabalho; métodos adaptados; 2. Mensagem focada: escolher um tipo de acidente por vez; sob medida para o indivíduo; mensagem simples; 3. Mudanças mínimas: educacionais ou de espaço físico; 4. Acessibilidade ao equipamento: Fornecimento gratuito e montagem de equipamentos de segurança; cupons; informação para obtenção; 5. Mudança de comportamento: Reforçar mensagens; técnicas motivacionais; modelos teóricos utilizados; mudança organizacional; envolvimento comunitário e conscientização; 6. Fornecer incentivos. Já as barreiras seriam: 7. Barreiras culturais: Desconfiança de visitas domiciliares; barreiras de linguagem; estilo de vida; generalização; 8. Socioeconômicas: Baixa escolaridade; baixa renda; 9. Intervenções Complexas: Lesões múltiplas; vários métodos aplicados ao mesmo tempo; 10. Restrições relacionadas ao treinamento: tempo envolvido; sustentabilidade; comunicação; 11. Barreiras físicas: Residência alugada; ocupação da casa por mais de uma família; mudanças frequentes; acesso a dispositivos; dispositivos defeituosos; 12. Barreiras comportamentais: necessidade mudança de comportamento ou hábitos.

CONSIDERAÇÃO SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM A EQUIDADE

A equidade compreende a distribuição dos serviços e intervenções de maneira diferenciada para aqueles que têm maior dificuldade de acesso, possibilitando igualdade de direitos ao investir mais para aqueles que mais precisam (FIOCRUZ, 2015). Partindo do exposto, as considerações sobre a equidade foram construídas orientadas pela ferramenta PROGRESS (Place of residence, Race/ethnicity/culture/language, Occupation, Gender/sex, Religion, Education, Socioeconomic status, Social capital) (EVANS; BROWN, 2003), acrônimo na qual são considerados os determinantes de cruzamento de intervenções ao projetar pesquisa ou um plano de implementação, a partir de recomendações baseadas em evidências (O'NEILL et al., 2014). Sob esta perspectiva, a seguir são apontados aspectos sobre a equidade produzidos a partir de amplo diálogo com as partes interessadas (profissionais da segurança pública, da saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil).

QUADRO 5 - CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE

P (local de residência)	- Regiões e bairros com menor cobertura assistencial de saúde pública talvez apresentem maior dificuldade em ofertar as Opções 1, 2 e 3; - Regiões e bairros com menos equipamentos de lazer e espaços públicos podem não propiciar espaços adequados para oferta da Opção 2. Da mesma forma, locais com maiores índices de violência podem, inicialmente, inibirem pessoas a praticar exercícios nas ruas; - Pode haver diferenças nos tipos de acidentes mais prevalentes entre áreas urbanas (sufocação de crianças e afogamentos) e rurais (acidentes domésticos com maquinário do campo, mordidas de animais peçonhentos e intoxicações com venenos usados na plantação); - Materiais de construção das residências: podem ser mais escorregadios (por exemplo, porcelanato), pode ter uma laje no telhado da casa sem grade de proteção, pode ser uma construção mais instável que não permita colocar corrimões ou apresente arranjos elétricos improvisados; - A presença de animais domésticos pode ser um fator de risco para queda de crianças e idosos.
R (raça / etnia / cultura)	- Pode haver uma barreira cultural frente às opções que envolvem visita domiciliar ou alterações no ambiente domiciliar. Pode ser estratégico buscar compreender como as equipes de saúde da família superaram essas barreiras; - Para povos indígenas, há um ambulatório na Universidade de Brasília, tendo em vista que a aceitação de práticas de saúde oferecidas pelas equipes de saúde da família pode ir de encontro às práticas e aos saberes tradicionais.
O (ocupação ou experiências no mercado de trabalho em geral)	- Pessoas que trabalham o dia todo podem ter mais dificuldade em acessar intervenções que ocorram em horário comercial; - Pais que trabalham o dia todo podem deixar crianças sendo cuidadas pelos irmãos mais velhos, o que pode aumentar o risco de acidentes domésticos; - Pessoas aposentadas podem apresentar tendência maior ao sedentarismo, mas podem ser usuárias da academia da saúde ou acompanhadas por fisioterapeutas no NASF.

G (sexo)	- A literatura descreve maior número de acidentes com meninos e quedas em mulheres idosas, inclusive por essas representarem um grupo que utiliza muitos medicamentos (polifarmácia); - Homens adultos podem ter maior dificuldade ou preconceito em acessar serviços de saúde e ofertas de prevenção.
R (religião)	- Pode haver diferenças em relação à disponibilidade para prática de exercícios entre diferentes religiões; - Algumas religiões podem ter mais restrições quanto a alterações no ambiente doméstico ou visitas domiciliares; - As igrejas podem ser espaços privilegiados (salões amplos, credibilidade com a comunidade) de oferta de ações educativas ou preventivas.
E (nível de instrução)	- Pode ser interessante fazer parcerias com o Programa Saúde na Escola, com programas de Educação de Jovens e Adultos e com áreas de estágio em saúde para formar multiplicadores da prevenção de acidentes domésticos; - Quaisquer orientações educativas (Opção 4) precisam levar em conta o nível de educação da população (por exemplo, entrega de panfletos informativos podem ser inefetivas numa população com baixa escolaridade); - Caso não saiba ler ou não tenha um bom nível de alfabetização em saúde, uma pessoa que faz uso de múltiplas medicações pode ter maior risco de intoxicação, ou aumentar o risco de envenenamento dos demais moradores; - Crianças que não frequentam creche/escola podem estar mais em risco de acidentes domésticos.
S (nível socioeconômico)	- O acesso a armas de fogo, caso desburocratizado, pode aumentar o número de acidentes domésticos com armas; - A adequação doméstica pode ser custosa, em especial a instalação de equipamentos de segurança, o que pode inviabilizar essa oferta entre pessoas mais pobres.
S (capital social e exclusão social)	- A população rural pode estar invisibilizada no território, assim é importante pensar parcerias intersetoriais para aproximá-la das estratégias de prevenção; - Adolescentes são um público que pode estar invisibilizado pelas políticas de saúde e segurança - traçar estratégias para aproximá-los; - Pessoas com rede de apoio reduzida podem estar em maior risco de sequelas após acidentes domésticos; - É necessário adaptar as intervenções para acolher pessoas idosas em instituições de longa permanência; - A promoção de convivência intergeracional pode ser um fator positivo para as ações de prevenção de acidentes, ao mesmo tempo que, no ambiente doméstico, pode ofertar riscos (por exemplo, idosos caindo por causa de brinquedos das crianças espalhados no chão; crianças tomando medicamentos dos avós por engano).

CONSIDERAÇÃO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

A busca pela implementação das opções motiva a necessidade de adequações às particularidades locais. Apesar do desejo de uma implementação mais eficiente, isto não exige que ela seja conjunta e completa, uma vez que demanda aspectos relacionados a governabilidade, gestão de valores (percepções individuais) e posturas e barreiras culturais. A partir de um amplo diálogo com as partes interessadas (profissionais da segurança pública, da saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil), foram indicados barreiras e facilitadores relacionados com cada uma das opções e apresentados nos quadros a seguir.

Quadro 6 - Considerações gerais sobre a implementação das opções

Barreiras Gerais	- a rede de saúde tem limitações próprias relacionadas com as demandas cotidianas (recursos humanos, tempo, metas);
Facilitadores Gerais	- o Ministério da Saúde tem um amplo conjunto de experiências exitosas e efetivas catalogadas; - as opções são ricas para a construção de uma agenda entre o corpo de bombeiros e a rede intersetorial.

Quadro 7 - Considerações sobre a Opção 1 - Avaliação de risco clínico: adequação no uso de próteses e medicamentos ou nos cuidados oftalmológicos

Barreiras	- próteses de quadril não são de uso comum no Brasil; - o corpo de bombeiros não faz acompanhamento longitudinal dos casos; - dificuldades na gestão da informação do Sistema de Gerenciamento de Ocorrências, necessidade de criação de indicadores de risco de acidentes e DHL (dia, hora, local) para as ocorrências de acidentes; - dificuldades de trabalho intersetorial nesse tipo de ação; - fragilidades do atendimento em saúde, relacionadas com as demandas cotidianas (recursos humanos, tempo, metas); - dificuldades de encontrar os adultos/responsáveis disponíveis nas residências pois geralmente estão em horário de trabalho;
-----------	---

Facilitadores	- possibilidade de articulação com a rede intersetorial que tem informações necessárias e estratégicas; - criação de estratégias de “prevenção da segunda queda” a partir de diagnósticos locais; - inclusão de agentes de saúde nas atividades de prevenção promovidas pelos bombeiros nas escolas, parques e praças; - sistema de Ouvidorias do GDF interligadas: possibilidade de aproveitar a “Ouvidoria Itinerante” e fazer ações conjuntas; - possibilidade de utilizar estratégias de call center ativo para o monitoramento dos domicílios; - possibilidade de parcerias com “Ligas de Gerontologia” das universidades locais e outras iniciativas como os SESC (Serviço Social do Comércio), por exemplo;
----------------------	---

Quadro 8 - Considerações sobre a Opção 2 - Exercícios físicos para prevenção de quedas

Barreiras	- sentimento de insegurança para uso dos equipamentos de exercício físico públicos, dificuldades de acesso, iluminação precária; - dificuldades de entendimento sobre como usar os equipamentos presentes nos Pontos de Encontro Comunitários e incerteza sobre a sua efetividade; - apesar das atividades do programa “Bombeiro Amigo”, a corporação não tem planejamento de atuação em atividades mais específicas e focadas como as indicadas no Opção 2;
Facilitadores	- atividades de dança fazem muito bem para diversas necessidades dos idosos; - atividades do programa “Bombeiro Amigo” já existentes e alinhadas com apoio de Secretaria da Educação (educadores físicos) e Secretaria do Esporte; - alinhamento de agendas de Segurança Pública: ações de segurança comunitária, articulando caminhadas, exercícios e ocupação do espaço público, promovendo laços comunitários e evitando ocorrência de crimes; - grupos de atividades com idosos em unidades de saúde comunitárias; - praças e Pontos de Encontro Comunitários instalados; - possibilidade de fazer parcerias com a Secretaria de Mobilidade Urbana;

Quadro 9 - Considerações sobre a Opção 3 - Avaliação e adequação do ambiente doméstico para prevenção de acidentes

Barreiras	- o corpo de bombeiros não pode atuar diretamente na avaliação das residências; - os banheiros das casas geralmente são espaços que apresentam muitos riscos: geralmente pequenos, costumam ter degrau para entrar no box, têm box de vidro.
Facilitadores	- possibilidade de fazer um diagnóstico dos principais focos de atuação a partir de um diagnóstico georreferenciado; - o corpo de bombeiros pode atuar, a partir de seus programas já existentes, focando no treinamento de jovens para serem agentes de prevenção em suas próprias residências e na comunidade, com a possibilidade de criação de vínculos intergeracionais (jovens e idosos); - articulação com a área da saúde para atuação de agentes comunitários de saúde; - no caso de prevenção de acidentes com bebês e crianças, há uma experiência no município de São Paulo com o uso de uma caixa de papelão especialmente preparada, substituindo o berço comum. A estratégia começou na Finlândia e é uma boa alternativa pra pensar no ambiente, principalmente na prevenção de sufocamento para crianças; - possibilidade de que o corpo de bombeiros faça vídeos institucionais com orientações sobre as principais causas de acidentes e orientar a população. - possibilidade de utilização de indicadores sobre acidentes para criação de demanda às gestões; - possibilidade de aproveitar a expertise do programa “Gestão de Desordens Urbanas” e criar estratégias voltadas para a prevenção de acidentes; - legitimidade do trabalho dos bombeiros junto à população;

Quadro 10 - Considerações sobre a Opção 4 - Orientação e educação para adultos/cuidadores sobre prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes

Barreiras	- no corpo de bombeiros não há recursos humanos suficientes para fazer palestras presenciais; - dificuldades de distribuição de equipamentos preventivos como termômetros, válvulas, barras, detectores de tomada e etc. pelos custos altos que têm; - o corpo de bombeiros não faz visitas de orientação preventiva em domicílios; - existência de barreiras comportamentais para a mudança de hábitos cotidianos;
Facilitadores	- o corpo de bombeiros tem a oportunidade de trabalhar a educação e a cultura de prevenção com jovens nas escolas; - possibilidade de fazer ações de comunicação e marketing, além de se aproximar de espaços comunitários como igrejas, pastoral do idoso etc; - a boa recepção dos bombeiros pela população; - a possibilidade de fazer articulações com Centros de Referência do Idoso;



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As opções de intervenção sugeridas nesta síntese, apesar de estarem descritas de modo separado, podem e, muitas vezes, devem ser complementares entre si, exigindo uma ação intersetorial e integrada localmente.

A implementação das opções deve considerar a participação de diferentes atores, como tomadores de decisão, operadores do direito, empresas do complexo industrial da saúde, profissionais de saúde, sociedade civil e seus representantes. Além disso, devem ser avaliados os diferentes contextos, incluindo os aspectos epidemiológicos, as diferentes responsabilidades entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), as áreas de conhecimento específicas e os limites técnicos dos diferentes profissionais envolvidos, assim como as condições estruturais. Outro ponto importante a ser analisado é a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, adaptando as intervenções às diferentes realidades, bem como verificando a possível provisão dos dispositivos necessários. Em determinadas situações, a ampliação e a capacitação das equipes será imprescindível para o sucesso da adesão às opções propostas.

Soda
nate de soude

ATE
ODIUM



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHANA, F. et al. A decision analytic model to investigate the cost-effectiveness of poisoning prevention practices in households with young children. *BMC Public Health*, v. 16, n. 1, p. 1–17, 2016. doi: 10.1186/s12889-016-3334-0
- BALZER, K. et al. Falls prevention for the elderly. *GMS health technology assessment*, v. 8, p. Doc01, 2012.
- BARCELOS, R. S.; DEL-PONTE, B.; SANTOS, I. S. Interventions to reduce accidents in childhood: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, v. 94, n. 4, p. 351–367, jul. 2018. doi: 10.1016/j.jped.2017.10.010.
- BATCHELOR, F. et al. What Works in Falls Prevention After Stroke? *Stroke*, v. 41, n. 8, p. 1715–1722, ago. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*. nº 96. Seção 1. Brasília, DF, 18 mai. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 1º de ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. O caderno guia nacional do bombeiro educador. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BURTON, E. et al. Effectiveness of exercise programs to reduce falls in older people with dementia living in the community: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, v. 45, n. 1, p. 421, 14 fev. 2015.
- CAO, P. et al. The effectiveness of exercise for fall prevention in nursing home residents: A systematic review meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 74, n. 11, p. 2511–2522, nov. 2018. doi: 10.1111/jan.13814.
- CARPENTER, C. R. Preventing Falls in Community-Dwelling Older Adults. *Annals of Emergency Medicine*, v. 55, n. 3, p. 296–298, mar. 2010.
- CHASE, C. A. et al. Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 66, n. 3, p. 284–291, 1 maio 2012. doi: 10.5014/ajot.2012.005017.
- CHILD, S. et al. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, v. 7, n. 1, p. 91, 14 dez. 2012.
- CHOI, M.; HECTOR, M. Effectiveness of Intervention Programs In Preventing Falls: A Systematic Review of Recent 10 Years and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 13, n. 2, p. 188. e13-188.e21, fev. 2012.
- CLEMSON, L. et al. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People. *Journal of Aging and Health*, v. 20, n. 8, p. 954–971, 29 dez. 2008.

- CORRIERI, S. et al. Cost-effectiveness of fall prevention programs based on home visits for seniors aged over 65 years: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, v. 23, n. 05, p. 711–723, 12 jun. 2011. doi:10.1017/s1041610210002280
- CUSIMANO, M. D.; PARKER, N. Toppled television sets and head injuries in the pediatric population: a framework for prevention. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, v. 17, n. 1, p. 3–12, jan. 2016. doi: 10.3171/2015.2.PEDS14472.
- DAVIS, J. C. et al. Does a home-based strength and balance programme in people aged > or =80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. *British Journal of Sports Medicine*, v. 44, n. 2, p. 80–89, 1 fev. 2010. doi: 10.1136/bjsm.2008.060988.
- DAY, L. et al. Integrating proven falls prevention interventions into government programs. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 38, n. 2, p. 122–127, abr. 2014. doi: 10.1111/1753-6405.12140.
- DE LABRA, C. et al. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, v. 15, n. 1, p. 154, 2 dez. 2015. doi: 10.1186/s12877-015-0155-4.
- DIGUISEPPI, C. et al. Housing Interventions and Control of Injury-Related Structural Deficiencies. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 16, p. S34–S43, 2010.
- DILLON, L. et al. A systematic review and meta-analysis of exercise-based falls prevention strategies in adults aged 50+ years with visual impairment. *Ophthalmic and Physiological Optics*, v. 38, n. 4, p. 456–467, jul. 2018. doi: 10.1111/opo.12562
- DUKYOO, J.; JUHEE, L.; LEE, S.-M. A Meta-Analysis of Fear of Falling Treatment Programs for the Elderly. *Western Journal of Nursing Research*, v. 31, n. 1, p. 6–16, fev. 2008.
- EVANS, T.; BROWN, H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion*, London, v. 10, n. 1-2, p. 11–12. 2003.
- FAIRHALL, N. et al. Do exercise interventions designed to prevent falls affect participation in life roles? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, v. 40, n. 6, p. 666–674, nov. 2011.
- FERNÁNDEZ-ARGÜELLES, E. L. et al. Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 60, n. 1, p. 1–8, jan. 2015. doi: 10.1016/j.archger.2014.10.003.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Equidade. 2015. Disponível em: . Acesso em: 18 out. 2017
- GAMA, Z. A. DA S.; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 946–956, out. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. DE M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 1, p. 97–103, 2004.
- GILLESPIE, W. J.; GILLESPIE, L. D.; PARKER, M. J. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. In: THE COCHRANE COLLABORATION (Ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2010.
- GILLESPIE, L. D. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 106, n. 2–3, p. 157–67, 12 set. 2012.
- GOODWIN, V. A. et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, v. 14, n. 1, p. 15, 5 dez. 2014.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Anuário Estatístico de Atendimento do ano de 2016 do CBMDF. 2017. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/2016-06-24-19-34-08/anuario-estatistico-ocorrencias-cbmdf?task=document.viewdoc&id=11966>. Acesso em: 1º de ago. 2018.

GUO, J.-L. et al. Interventions to reduce the number of falls among older adults with/without cognitive impairment: an exploratory meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 29, n. 7, p. 661–669, jul. 2014. doi: 10.1002/gps.4056.

HILL, K. D. et al. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, v. 82, n. 1, p. 72–84, set. 2015. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.005.

HILL, K. D. et al. What works in falls prevention in Asia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, v. 18, n. 1, p. 3, 5 dez. 2018. doi: 10.1186/s12877-017-0683-1.

HOPEWELL, S. et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 7, 23 jul. 2018. doi: 10.1002/14651858.CD012221.pub2

HUANG, Z.-G. et al. Systematic review and meta-analysis: Tai Chi for preventing falls in older adults. *BMJ Open*, v. 7, n. 2, p. e013661, 6 fev. 2017. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013661.

HUBBARD, S. et al. Network meta-analysis to evaluate the effectiveness of interventions to prevent falls in children under age 5 years. *Injury Prevention*, v. 21, n. 2, p. 98–108, abr. 2015. doi: 10.1136/injuryprev-2013-041135.

INGRAM, J. C. et al. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. *Health Education Research*, v. 27, n. 2, p. 258–268, 1 abr. 2012. doi: 10.1093/her/cyr066.

JENSEN, L.; PADILLA, R. Effectiveness of Environment-Based Interventions That Address Behavior, Perception, and Falls in People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 71, n. 5, p. 7105180030p1, 24 jul. 2017. doi: 10.5014/ajot.2017.027409.

KENDRICK, D. et al. The effect of education and home safety equipment on childhood thermal injury prevention: meta-analysis and meta-regression. *Injury Prevention*, v. 15, n. 3, p. 197–204, 1 jun. 2009. doi: 10.1136/ip.2008.020677

KENDRICK, D. et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 9, n. 9, p. CD005014, 12 set. 2012. doi: 10.1002/14651858.CD005014.pub3

KENDRICK, D. et al. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, v. 4, n. 2, p. 1005–1039, jun. 2013. doi: 10.1002/14651858.CD006020.pub3.

KENDRICK, D. et al. Poison prevention practices and medically attended poisoning in young children: Multicentre case-control study. *Injury Prevention*, v. 23, n. 2, p. 93–101, 2017a.

KENDRICK, D. et al. Keeping Children Safe: a multicentre programme of research to increase the evidence base for preventing unintentional injuries in the home in the under-fives. *Programme Grants for Applied Research*, v. 5, n. 14, p. 1–834, jul. 2017b. doi: 10.3310/pgfar05140

- KIM, K.-I. et al. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. *The Korean Journal of Internal Medicine*, v. 32, n. 1, p. 199–210, 1 jan. 2017.
- KLIEMANN, J.D. Estudo epidemiológico dos adultos internados por queimaduras no Hospital de Pronto Socorro (HPS-PA). *Rev. HPS*, v. 36, n. 1, 1990.
- KUMAR, A. et al. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, v. 45, n. 3, p. 345–352, 27 maio 2016. doi: 10.1093/ageing/afw036.
- LAUFER, Y.; DAR, G.; KODESH, E. Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, v. 9, p. 1803, out. 2014.
- LIU, L. et al. Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, v. 91, p. 44–59, jul. 2016. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.007
- LLUNA, J. et al. Recomendaciones sobre la prevención de aspiraciones de cuerpos extraños. *Anales de Pediatría*, v. 86, n. 1, p. 50.e1-50.e6, jan. 2017. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.04.013
- MARTIN, J. T. et al. The Effectiveness of Physical Therapist-Administered Group-Based Exercise on Fall Prevention. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, v. 36, n. 4, p. 182–193, 2013.
- MARTINS, A. C. et al. Does modified Otago Exercise Program improves balance in older people? A systematic review. *Preventive Medicine Reports*, v. 11, n. June, p. 231–239, set. 2018.
- MCCLURE, R. J. et al. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, p. 2–4, 24 jan. 2005. doi: 10.1002/14651858.CD004441.pub2.
- MCPHATE, L.; SIMEK, E. M.; HAINES, T. P. Program-related factors are associated with adherence to group exercise interventions for the prevention of falls: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, v. 59, n. 2, p. 81–92, jun. 2013. doi: 10.1016/S1836-9553(13)70160-7.
- MOYER, V. A. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, v. 157, n. 3, p. 197–204, 7 ago. 2012.
- MUNRO, J. et al. Can we prevent accidental injury to adolescents? A systematic review of the evidence. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, v. 1, n. 4, p. 249–55, dez. 1995.
- NGUYEN, H. et al. Falls management framework for supporting an independent lifestyle for older adults: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 30, n. 11, p. 1275–1286, 8 nov. 2018. doi: 10.1007/s40520-018-1026-6.
- OLIJ, B. F. et al. Economic Evaluations of Falls Prevention Programs for Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 66, n. 11, p. 2197–2204, nov. 2018. doi: 10.1111/jgs.15578.
- OMAKI, E. et al. A systematic review of technology-based interventions for unintentional injury prevention education and behaviour change. *Injury Prevention*, v. 23, n. 2, p. 138–146, abr. 2017.
- O'NEILL, P. J. et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology, Oxford*, v. 67, n. 1, p. 56–64. 2014.
- OXMAN, A. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*, v. 7, n. Suppl 1, p. S1, 2009. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3287&Itemid=3514&lang=pt.

- PEARSON, M. et al. Preventing unintentional injuries to children in the home: a systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. *Health Promotion International*, v. 26, n. 3, p. 376–392, 1 set. 2011. doi: 10.1093/heapro/daq074.
- PIETRZAK, E.; COTEA, C.; PULLMAN, S. Does smart home technology prevent falls in community-dwelling older adults: a literature review. *Informatics in primary care*, v. 21, n. 3, p. 105–12, 2014. doi: 10.14236/jhi.v21i3.64.
- PIMENTEL, Wendel Rodrigo Teixeira et al. Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00211417. 2018a.
- PIMENTEL, W. R. T. et al. Falls among Brazilian older adults living in urban areas. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. Suppl 2, p. 12s, 24 jan. 2018b.
- PRITCHARD, E. et al. The impact of falls prevention on participation in daily occupations of older adults following discharge: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, v. 36, n. 10, p. 787–796, 18 maio 2014. doi: 10.3109/09638288.2013.814720.
- QUIGLEY, P. et al. Fall Prevention and Injury Protection for Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 11, n. 4, p. 284–293, maio 2010. doi:10.1016/j.jamda.2009.09.009
- REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). Plano nacional da primeira infância. Mapeamento da Ação Finalística Evitando Acidentes na Primeira Infância. 2014. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/RELATORIO-DE-MAPEAMENTO-EVITANDO-ACIDENTES-versao-4-solteiras.pdf>. Acesso em 1º de ago. 2018.
- RIMLAND, J. M. et al. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLOS ONE*, v. 11, n. 8, p. e0161579, 25 ago. 2016. doi:10.1371/journal.pone.0161579
- ROSSI, L. A. et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 4, p. 401-404, 1998.
- RYBARCZYK, M. M. et al. Prevention of burn injuries in low- and middle-income countries: A systematic review. *Burns*, v. 42, n. 6, p. 1183–1192, set. 2016. doi: 10.1016/j.burns.2016.04.014.
- SANDEL, M. et al. Housing Interventions and Control of Health-Related Chemical Agents. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 16, n. 5, p. S24–S33, 2010. doi: 10.1097/PHH.0b013e3181e3cc2a.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf. Acesso em 1º de ago. 2018.
- SAVERINO, A.; MORIARTY, A.; PLAYFORD, D. The risk of falling in young adults with neurological conditions: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, v. 36, n. 12, p. 963–977, 2014. doi: 10.3109/09638288.2013.829525.
- SCHOBBERER, D. et al. Development and evaluation of brochures for fall prevention education created to empower nursing home residents and family members. *International Journal of Older People Nursing*, v. 13, n. 2, p. e12187, jun. 2018. doi: 10.1111/opn.12187.
- SHEA, B. J. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, v. 7, n. 1, p. 10, 15 dez. 2007. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2288-7-10?site=bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com>

SHERRINGTON, C. et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin*, v. 22, n. 4, p. 78, 2011. doi: 10.1071/NB10056.

SHIER, V.; TRIEU, E.; GANZ, D. A. Implementing exercise programs to prevent falls: systematic descriptive review. *Injury Epidemiology*, v. 3, n. 1, p. 16, 4 dez. 2016.

SILVA, G.M.A.; FARIA, G.L.; MACIEL, M.A. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro de Queimaduras de Goiânia em agosto de 2013. *Rev Bras Queimaduras*, v. 13, n. 3, 2014.

SIMEK, E. M.; MCPHATE, L.; HAINES, T. P. Adherence to and efficacy of home exercise programs to prevent falls: A systematic review and meta-analysis of the impact of exercise program characteristics. *Preventive Medicine*, v. 55, n. 4, p. 262–275, out. 2012. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.07.007.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 749–756, out. 2007.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1819-1826, set. 2011.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Injury Prevention*, v. 17, n. 2, p. 119–126, 1 abr. 2011.

TURNER, S. et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. In: TURNER, S. (Ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2011. doi: 10.1002/14651858.CD003600.pub3.

TURNER, S. L. et al. Risk factors associated with unintentional house fire incidents, injuries and deaths in high-income countries: a systematic review. *Injury Prevention*, v. 23, n. 2, p. 131–137, abr. 2017. doi: 10.1136/injuryprev-2016-042174. Epub 2017 Jan 24.

VAAPIO, S. S. et al. Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, v. 19, n. 1, p. 7–15, 16 out. 2008.

VIOLANO, P. et al. Prevention of firearm injuries with gun safety devices and safe storage. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 84, n. 6, p. 1003–1011, jun. 2018. doi: 10.1097/TA.0000000000001879.

VLAEYEN, E. et al. Characteristics and Effectiveness of Fall Prevention Programs in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 63, n. 2, p. 211–221, fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on child injury prevention. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. Acesso em 1º de ago. 2018.

WYNN, P. M. et al. Prevention of childhood poisoning in the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, v. 23, n. 1, p. 3–28, 2 jan. 2016. doi: 10.1080/17457300.2015.1032978. Epub 2015 Sep 24.

YOUNG, B. et al. Preventing childhood falls within the home: Overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Accident Analysis & Prevention*, v. 60, n. 5, p. 158–171, nov. 2013. doi: 10.1016/j.aap.2013.08.001.

ZHANG, X.-Y.; SHUAI, J.; LI, L.-P. Vision and Relevant Risk Factor Interventions for Preventing Falls among Older People: A Network Meta-analysis. *Scientific Reports*, v. 5, n. 1, p. 10559, 28 set. 2015. doi: 10.1038/srep10559.

ZOU, K. et al. Preventing childhood scalds within the home: Overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Burns*, v. 41, n. 5, p. 907–924, ago. 2015.

APÊNDICE 1 - NOTÍCIAS SOBRE ACIDENTES DOMÉSTICOS NO DISTRITO FEDERAL JUNHO A OUTUBRO DE 2018

DISTRITO FEDERAL	Crianças	Adultos	Idosos	Todos	NI
Acidente com corpo estranho	1				
Acidentes com animais		2			
Afogamento	2				
Choque	1	1			
Engasgo	2	1		2	
Esmagamento		1			
Geral	1			1	
Incêndio	1	3		1	2
Pessoa presa		1			
Quedas	1				
Queimadura		1	1		
Vazamento de gás				1	

Fonte: Elaboração própria

APÊNDICE 2 - MEMÓRIA DA LIMPEZA DO SISTEMA DE GESTÃO DE OCORRÊNCIAS (SGO)

Número de Ocorrências

2013 - 448.963

2014 - 474.163

2015 - 430.580

2016 - 418.226

2017 - 192.249

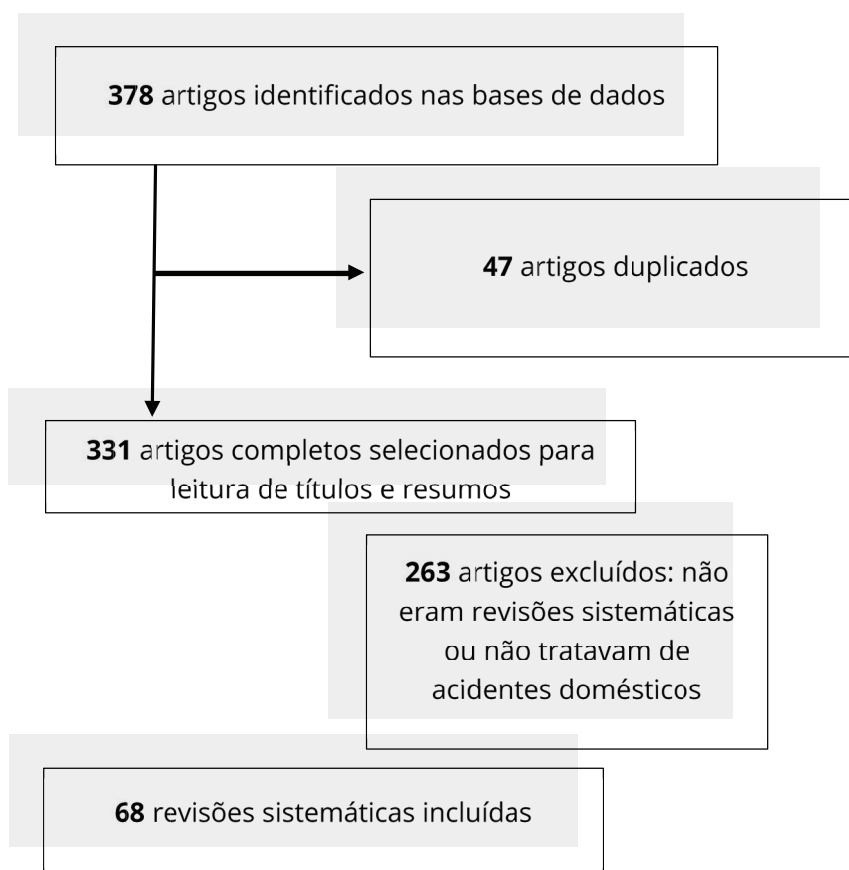
TOTAL: 1.964.181

LIMPEZA 1) Filtro de Naturezas prováveis (n=154)
Nº de ocorrências restantes: **235 mil**

LIMPEZA 2) Filtro de Classificação semântica (132 palavras
classificadas como SIM,
747 palavras classificadas como TALVEZ e 351 palavras
classificadas como NÃO)
Nº de ocorrências restantes: **166 mil**

LIMPEZA 3) Manual qualitativa
Nº de ocorrências restantes: **13.308**

APÊNDICE 3 - SELEÇÃO DE ARTIGOS





APÊNDICE 4 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS E AMSTAR

#	1
Referência	Martin JT, Wolf A, Moore JL, Rolenz E, DiNinno A, Reneker JC. The effectiveness of physical therapist-administered group-based exercise on fall prevention: A systematic review of randomized controlled trials. <i>Journal of Geriatric Physical Therapy</i> . 2013;36(4):182-193.
AMSTAR	5/10 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados: A estratégia de busca informatizada e busca manual revelou 213 artigos potenciais, 10 dos quais preencheram a critério. Após avaliação com a escala PEDro, 8 destes foram considerados estudos de alta qualidade (escore 6/10). Sete estudos compararam exercício baseado em grupo a um controle de não exercício em grupo, enquanto 3 estudos compararam o exercício com um programa de exercícios em casa prescrito pelo fisioterapeuta. Os resultados medidos incluem taxa de queda, equilíbrio, desempenho físico, qualidade de vida relacionada à saúde e medo de cair. Discussão: Quando o exercício de grupo foi comparado com nenhuma intervenção, o exercício em grupo foi mais eficaz na diminuição da frequência de quedas, aumentar o equilíbrio e melhorar a qualidade de vida. Quando comparado com um programa de exercícios prescritos em casa por um fisioterapeuta, o programa de resultados do exercício não foram estatisticamente diferentes, mas melhorias em alguma qualidade de vida e funcionamento físico foram medidas. Há também algumas evidências para sugerir que exercício em grupo promove maior satisfação do paciente e adesão ao exercício. Conclusão: Há evidências preliminares para sugerir que o exercício em grupo é eficaz na prevenção de quedas, na qualidade aprimoramento de vida, e equilibrar as melhorias nos mais velhos adultos comparáveis aos programas tradicionais de exercícios em casa.
Objetivos do estudo	Sintetizar as evidências sobre a eficácia de exercício físico administrado em grupos por um fisioterapeuta quando comparado com controles para prevenção de quedas e melhoria de qualidade de vida.
Público-alvo	Idosos (> 65 anos)
Opção	2
Intervenções efetivas	- Exercícios em grupo - Programa de exercícios em casa proposto por um fisioterapeuta
Intervenções inefetivas	Atividades educativas (como intervenção única)
Benefícios ou riscos	Diminuição da frequência de quedas, aumento do equilíbrio e melhora da qualidade de vida. Há também algumas evidências para sugerir que exercício em grupo promove maior satisfação do paciente e adesão ao exercício.
Barreiras ou facilitadores	Montar grupos com indivíduos similares em termos de doença / comprometimento / idade, os grupos ocorrerem em lugares acessíveis, um programa de exercícios em grupo com suplementação de exercícios em casa propostos por um fisioterapeuta, manter os grupos por períodos longos ou cíclicos, de modo a manter os benefícios.
Custo	NI

#	2
Referência	Omaki E, Rizzutti N, Shields W, Zhu J, McDonald E, Stevens MW, et al. A systematic review of technology-based interventions for unintentional injury prevention education and behaviour change. Injury Prevention. 2017;23(2):138-146.
AMSTAR	6/9 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados: Programas de software hospedados localmente e programas de internet hospedados remotamente aumentaram consistentemente o conhecimento e os comportamentos. Programas de quiosque mostraram evidências de ganhos modestos em conhecimentos e comportamento. Ambos os programas usando tecnologia móvel melhoraram os comportamentos. Os programas de realidade virtual melhoraram consistentemente os comportamentos, mas houve poucos ganhos em conhecimento. Nenhum estudo avaliou programas de mensagens de texto dedicados à prevenção de lesões. Conclusões: Existe muito potencial para programas baseados em computador serem usados para a mudança de comportamento na prevenção de lesões. Os estudos revisados fornecem evidências de que a comunicação baseada em computador é eficaz na transmissão de informações e influencia na forma como os participantes pensam sobre um tópico de lesão e adotam comportamentos de segurança.
Objetivos do estudo	Os objetivos desta revisão de literatura são (1) resumir como os aplicativos de mudança de comportamento de saúde baseadas em tecnologia móvel e computador foram avaliadas na prevenção de lesões não intencionais, (2) descrever como esses sucessos podem ser aplicados a programas de prevenção de lesões no futuro e (3) identificar lacunas de pesquisa.
Público-alvo	Geral
Opção	1
Intervenções efetivas	- Programas de software hospedados localmente e programas de internet hospedados remotamente - Programas utilizando tecnologia móvel
Intervenções inefetivas	- Programas de realidade virtual - Programas de quiosque
Benefícios ou riscos	A tecnologia baseada em tecnologia de computador e móvel oferece aos planejadores de programas a capacidade de adaptar a educação de saúde ao indivíduo, fornecer feedback imediato ao usuário e ter comunicação contínua com os participantes além das visitas à sala de aula ou à clínica.
Barreiras ou facilitadores	- Os programas hospedados localmente só podem ser acessados no computador em que esses se encontram e as atualizações no conteúdo exigem que o usuário atualize seu software. - Programas hospedados em servidores remotos conectados à Internet devem ser acessados de um dispositivo conectado à Internet; no entanto, os administradores do programa podem atualizar o conteúdo sem que o usuário realize ações adicionais.
Custo	NI

#	3
Referência	Fairhall N, Sherrington C, Clemson L, Cameron ID. Do exercise interventions designed to prevent falls affect participation in life roles? A systematic review and meta-analysis. Age and Ageing. 2011;40(6):666-674.
AMSTAR	8/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Intervenções que incluam exercícios podem melhorar a participação nos papéis de vida dos idosos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde pode ser uma estrutura útil para entender o impacto mais amplo das intervenções de prevenção de quedas.
Objetivos do estudo	A Organização Mundial de Saúde descreve o funcionamento de indivíduos em nível social como "participação". Apesar de ser um componente fundamental do funcionamento e um importante objetivo da reabilitação, a participação não é medida de forma consistente em pesquisas sobre envelhecimento. O objetivo foi avaliar até que ponto a mensuração da participação foi relatada em ensaios de intervenções de prevenção de quedas e determinar o efeito de intervenções de exercícios na participação em papéis da vida.
Público-alvo	idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Exercícios físicos
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	* Podem melhorar a participação nos papéis de vida dos idosos.
Barreiras ou facilitadores	· Os efeitos foram maiores nos estudos em que o exercício foi realizado em conjunto com intervenções adicionais, no entanto este resultado deve ser interpretado com muita cautela, pois apenas três estudos multifatoriais foram incluídos e a significância estatística não foi alcançada. · As variáveis cognitivo-afetivas são importantes mediadores da relação entre se comprometer e evitar atividades e diminuição da participação social, e modificações ambientais melhoram os resultados de participação.
Custo	NI

#	4
Referência	Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JC, Cumming RG. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: A meta-analysis of randomized trials. Journal of Aging and Health 2008;20(8):954-71.
AMSTAR	8/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Intervenções de avaliação em casa que sejam abrangentes, bem focalizadas e incorporem uma perspectiva de adequação ambiental com acompanhamento adequado podem ser bem-sucedidas na redução de quedas com efeitos significativos. Os maiores efeitos estão associados a intervenções que são realizadas com grupos de alto risco.
Objetivos do estudo	Este estudo busca determinar a eficácia de intervenções ambientais na redução de quedas em pessoas idosas na comunidade.
Público-alvo	idosos
Opção	3
Intervenções efetivas	- Intervenções ambientais realizadas por indivíduos adequadamente treinados devem ser oferecidas a populações em risco (Grupos de alto risco eram pessoas que tinham uma história de queda no último ano, que haviam sido hospitalizadas por uma queda, que apresentavam declínio funcional e que apresentavam grave deficiência visual). - Recomenda-se o uso de ferramentas de avaliação validadas existentes para ajudar na definição de prioridades e para avaliar a pessoa e seu histórico de quedas, e nota-se que o acompanhamento e o apoio às recomendações são vitais.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	A redução do risco por meio de uma intervenção de prevenção de quedas que pode ser fornecida por apenas uma ou duas visitas domiciliares é potencialmente custo-efetiva e desejável.
Barreiras ou facilitadores	- Um profissional de saúde treinado para avaliar a pessoa e o meio ambiente deve estar planejando e conduzindo tais intervenções. - As evidências disponíveis até o momento sugerem que as intervenções para prevenir quedas precisam ser específicas por população e que uma abordagem única não resultará em reduções significativas nas quedas e fraturas de uma população.
Custo	NI

#	5
Referência	Vaapio SS, Salminen MJ, Ojanlatva A, Kivela SL. Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: A systematic review. European Journal of Public Health. 2009;19(1):7-15.
AMSTAR	6/10 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados: Seis dos 12 estudos mostraram efeito positivo em algumas dimensões da Qualidade de Vida (QV) (função física, função social, vitalidade, saúde mental, domínio ambiental). Os métodos de intervenções mostrando um efeito positivo variaram. Conclusão: Apenas alguns estudos de prevenção de queda relataram um efeito positivo na QV. Estudos com amostras maiores, follow-ups mais longos e múltiplas medidas de resultados são necessários. QV deve ser levado em conta como medida de resultado secundária.
Objetivos do estudo	Medir a qualidade de vida (QV) é uma parte importante na avaliação dos efeitos dos tratamentos e serviços de saúde no bem-estar dos pacientes. Este tipo de avaliação deve ser incluído ao avaliar os efeitos dos programas preventivos. O objetivo foi explorar se a QV tem sido usada como uma medida de resultado em ensaios de prevenção de quedas e fornecer uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (RCTs) que envolvem intervenções de prevenção de quedas com uma avaliação dos efeitos na QV entre os idosos.
Público-alvo	Idosos
Opção	Benefícios
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	6
Referência	Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall prevention programmes: A systematic review and synthesis of qualitative studies. Implementation Science. 2012;7(1):91.
AMSTAR	6/9 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados: A análise dos 19 estudos revelou informações limitadas sobre os mecanismos pelos quais as barreiras à implementação de intervenções de prevenção de quedas foram superadas. A síntese de dados produziu três conceitos abrangentes: (1) considerações práticas, (2) adaptação para a comunidade e (3) psicossocial. Uma linha de síntese de argumentos descreve as barreiras e facilitadores para a implementação bem sucedida de programas de prevenção de quedas. Esses conceitos mostram que a implementação de programas de prevenção de quedas é complexa e multifatorial. Esta é a primeira revisão sistemática e síntese de estudos qualitativos para examinar os fatores que influenciam a implementação de programas de prevenção de quedas do ponto de vista do profissional de saúde e da pessoa idosa da comunidade. Conclusões: A literatura atual sobre barreiras e facilitadores para a implementação de programas de prevenção de quedas examina uma variedade de intervenções. No entanto, as maneiras pelas quais as intervenções são relatadas sugerem que há desafios metodológicos substanciais que muitas vezes inibem a implementação na prática. Recomendamos que a implementação bem-sucedida exija que indivíduos, profissionais e organizações modifiquem os comportamentos, pensamentos e práticas estabelecidos. As questões identificadas por meio desta síntese precisam ser totalmente consideradas e abordadas para que os programas de prevenção de quedas sejam implementados com sucesso na prática clínica.
Objetivos do estudo	Mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos caem todos os anos. A queda pode levar a uma redução na qualidade de vida, mortalidade e risco de hospitalização prolongada. Reduzir e prevenir quedas tornou-se uma prioridade internacional de saúde. Para ajudar a entender por que as evidências de pesquisa muitas vezes não foram traduzidas em mudanças na prática clínica, realizamos uma revisão sistemática e síntese de pesquisas qualitativas para identificar quais fatores servem como barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida de programas de prevenção de quedas.
Público-alvo	Idosos
Opção	Barreiras
Intervenções efetivas	· Alguns entrevistados rejeitaram claramente as intervenções que os estereotiparam como frágeis, enquanto outros valorizavam intervenções que envolviam contato com pessoas de idade e habilidade semelhantes.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI

Barreiras ou facilitadores	Algumas barreiras e concepções erradas podem precisar ser abordadas antes da participação em um programa de prevenção de quedas: · Claramente, o tipo e a entrega de um programa de exercícios precisa ser adaptado para se adequar às preferências individuais, já que alguns indivíduos preferem se exercitar sozinhos ou como parte de um grupo ou em casa, em oposição a um ambiente comunitário. · O apoio de familiares, amigos, colegas e profissionais de saúde é considerado fundamental para promover e manter o engajamento com quaisquer intervenções de prevenção de quedas. · A escolha do paciente em aceitar uma intervenção é enquadrada pelos impactos fisiológicos e psicológicos da intervenção e também pelas estruturas sociais e culturais nas quais o paciente está vivendo. · Assim, as categorias sociais e culturais do envelhecimento parecem moldar tanto as expectativas de envelhecer quanto o tratamento ou a prevenção de quedas. A concordância do paciente com qualquer intervenção de prevenção de quedas é crucial para um resultado bem-sucedido na prevenção de quedas. A adoção de práticas holísticas e centradas no paciente, com pessoas mais velhas sendo participantes ativas, em vez de receptoras passivas, é vital para conseguir a implementação. · No entanto, uma hierarquia de especialização parece permanecer na área da saúde, com o médico ainda considerando o "especialista" geral em qualquer "relacionamento" da área da saúde. Esse desequilíbrio pode resultar em uma falha dos profissionais de saúde em levar em consideração os pontos de vista e as experiências de indivíduos mais velhos, levando a que não sejam adotadas recomendações. · Um desafio fundamental parece ser a forma como os profissionais de saúde podem conscientizar os idosos sobre o seu risco potencial de queda sem causar angústia ou negação de um problema. Uma das principais barreiras para o sucesso da implementação de programas de prevenção de quedas são as diferentes percepções de risco de queda entre a população mais velha, famílias e profissionais de saúde. · Tensões persistem entre o equilíbrio de poder, experiência e independência nas relações entre a pessoa idosa, suas famílias e profissionais de saúde. Algumas pessoas mais velhas podem expressar atitudes de que aumentar o risco de queda é um símbolo do envelhecimento, diminuindo a competência e a independência, e que estas são simplesmente uma parte inevitável do envelhecimento. Nesse raciocínio, nenhuma intervenção pode impedir que as quedas aconteçam. Essa visão fatalista das quedas é uma barreira significativa à mudança de comportamento. Se uma pessoa idosa acredita ter pouco controle sobre o que acontece com ela, pode ser que não consiga adotar comportamentos preventivos. · Portanto, projetar programas de prevenção contra quedas que possam ser implementados com sucesso é um desafio. Por um lado, alguns entrevistados rejeitaram claramente as intervenções que os estereotiparam como frágeis, enquanto outros valorizavam intervenções que envolviam contato com pessoas de idade e habilidade semelhantes.
Custo	NI

#	7
Referência	GAMA, ZAS; GOMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 946-956, Oct. 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500022&lng=en&nrm=iso >. access on 23 Dec. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022 .
AMSTAR	5/9
Resumo traduzido	Os principais fatores associados ao aumento do risco de queda são: histórico de queda, marcha prejudicada, incapacidade funcional, deterioração cognitiva, consumo de medicação psicotrópica e excesso de atividade física. Apesar dos achados contraditórios, ser do sexo feminino e ter idade avançada, também podem ser preditores de queda.
Objetivos do estudo	Sistematizar os achados dos estudos de coorte prospectivos sobre os múltiplos fatores de risco de quedas em idosos e avaliar a qualidade metodológica dos mesmos.
Público-alvo	Idosos
Opção	Descrição do problema
Intervenções efetivas	O artigo sugere que intervenções efetivas levariam em conta na análise dos fatores de risco, tanto variáveis intrínsecas como sociodemográficas. - Entre as características sociais e demográficas o artigo indica que as mulheres que vivem na comunidade e os homens que vivem em instituições. - Outro fator demográfico associado é a própria idade, uma vez que o risco de cair nos idosos aumenta linearmente com os anos de vida. - Existe uma associação pequena, mas consistente, entre quedas e a maioria das drogas psicotrópicas. Além disso, a polifarmácia, consumo diário de quatro ou mais medicamentos, também foi relacionada a quedas, provavelmente por implicar maior risco de uso de medicamentos inadequados, reações adversas e interações medicamentosas. Reações adversas são especialmente frequentes em idosos e sua prevalência é estimada em 5% quando uma droga é consumida, número que chega a praticamente 100% quando dez ou mais medicamentos são consumidos, situação muito mais frequente do que se imagina. No entanto, devemos ser cautelosos ao afirmar que a polifarmácia causa quedas em idosos, pois também é um indicador de saúde frágil. - Algumas alterações clínicas e funcionais, como fraqueza muscular, comprometimento do movimento e equilíbrio e a incapacidade de realizar atividades da vida diária estão fortemente associados a quedas. - O indicador de risco mais frequente nos estudos incluídos foi apresentar um histórico de quedas, essa característica não oferece informações sobre a etiologia da mesma. No entanto, sugere que, se as deteriorações físicas e os riscos ambientais que causaram as quedas anteriores não forem investigados e corrigidos, é provável que novas quedas ocorrerão devido à mesma causa. Portanto, a protocolização de intervenções técnico-científicas para prevenção de quedas considera o antecedente de quedas uma característica fundamental para que se inicie um processo de investigação das causas intrínsecas e extrínsecas que causaram o evento. - Há um risco maior de quedas em pessoas com comprometimento cognitivo
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	- A relação entre medicação e quedas ressalta a importância do profissional médico na prevenção do problema, uma vez que o uso racional da medicação, por meio de revisões periódicas e controle da dose, pode ser transcendental para a segurança do paciente. - Em relação às alterações na marcha e no equilíbrio e no desempenho muscular, o profissional que assume extrema importância é o fisioterapeuta, sendo responsável pela aplicação de exercícios específicos para manter e, em muitos casos, restaurar as funções perdidas. - A atividade física excessiva pode expor os idosos a situações desafiadoras, identificando-se com risco de quedas pessoas muito ativas
Custo	NI

#	8
Referência	Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R., Gudmussion, A., Petrovic, M., O'Mahony, D., Todd, C., ... Cherubini, A. (2016). Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. PloS one, 11(8), e0161579. doi:10.1371/journal.pone.0161579
AMSTAR	9/11
Resumo traduzido	As intervenções mais frequentes foram os exercícios sozinhos ou combinados com outras intervenções, seguidas por intervenções de tecnologia ambiental / assistiva incluindo modificações ambientais, ajudas assistivas e de proteção, educação dos profissionais e avaliação / correção da visão. O conhecimento foi a terceira classe de princípio das intervenções como educação do paciente. Exercício e intervenções multifatoriais foram os tratamentos mais eficazes para reduzir as quedas em adultos mais velhos, embora nem todos os tipos de exercício foram igualmente eficazes em todas as disciplinas e em todos os contextos. Programas de exercícios efetivos combinam treinamento de equilíbrio e força.
Objetivos do estudo	Examinar sistematicamente revisões e metanálises que avaliaram intervenções não farmacológicas para prevenir quedas em idosos na comunidade, centros de atendimento e hospitais.
Público-alvo	Idosos
Opção	2/3/4
Intervenções efetivas	· O exercício foi de longe a intervenção mais eficaz para reduzir as quedas em adultos mais velhos, embora nem todos os tipos de exercício tenham sido igualmente eficazes em todos os grupos participantes e em todos os contextos. - o Programas eficazes de exercícios para prevenir quedas incluíam uma combinação de exercícios de equilíbrio exigentes e progressivos realizados em posições de apoio de peso, com treinamento de força de membros inferiores. - o Além disso, benefícios suplementares também poderiam ser obtidos da atividade funcional, como subir escadas ou ficar sentado, flexibilidade e resistência. - o Os exercícios devem ser adaptados para intensidade e de intensidade progressiva. - o Tai Chi, foi eficaz apenas quando realizado por pessoas com baixo risco de queda. · Intervenção ambiental, apenas em indivíduos com maior risco de queda (ou seja, pessoas com histórico de queda ou fatores de risco)
Intervenções inefetivas	· Caminhar por si como um exercício não foi eficaz na redução de quedas · O exercício por si só é incapaz de reduzir quedas em residentes de instalações de cuidados.
Benefícios ou riscos	· Em idosos da comunidade, os programas de exercícios são extremamente eficazes na redução de quedas.
Barreiras ou facilitadores	· A intervenção ambiental deve ser administrada por um terapeuta ocupacional
Custo	NI

#	9
Referência	Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JC, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jul 23;7:CD012221. doi: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
AMSTAR	11/11
Resumo traduzido	Intervenções multifatoriais podem reduzir a taxa de quedas em comparação com os cuidados habituais ou controle de atenção. No entanto, pode haver pouco ou nenhum efeito em outros resultados relacionados à queda. Intervenções com múltiplos componentes, geralmente incluindo exercícios, podem reduzir a taxa de quedas e o risco de quedas em comparação com os cuidados habituais ou o controle da atenção.
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos (benefícios e malefícios) de intervenções multifatoriais e intervenções de múltiplos componentes para prevenir quedas em pessoas idosas que vivem na comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	- Intervenção multifatorial (Intervenções comumente aplicadas ou recomendadas após a avaliação do perfil de risco de cada participante foram exercício, tecnologias assistivas ou de ambiente, revisão de medicamentos e intervenções psicológicas.) - Intervenção de múltiplos componentes (usualmente incluiu exercício e outro componente, comumente educação ou avaliação de risco domiciliar.)
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	Para abordagens multifatoriais e de múltiplos componentes: redução do número de quedas, mas sem evidências sobre a redução do risco de queda.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	10
Referência	Gillespie WJ, Gillespie LD, Parker MJ. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD001255. DOI: 10.1002/14651858.CD001255.pub4.
AMSTAR	11/11
Resumo traduzido	Protetores de quadril consistem em escudos de plástico ou almofadas de espuma montadas em bolsos em roupas íntimas especialmente projetadas. Eles são usados para reduzir o impacto de uma queda lateral no quadril e, assim, reduzir o risco de fratura do quadril. Estudos, principalmente a partir do início da década de 1990, e alguns desde então, sugeriram que o fornecimento de protetores para pessoas idosas em cuidados domiciliares de enfermagem reduziu o risco de fraturar o quadril em uma queda de mais de 50%. No entanto, vários estudos posteriores não confirmaram esse achado. Muitas pessoas ofereciam protetores de quadril que rejeitavam seu uso porque eram desconfortáveis de usar. Esta atualização inclui 16 estudos envolvendo um total de mais de 16.000 idosos que vivem em instalações de cuidados de enfermagem ou idosos que vivem em casa. As evidências atuais mostram que não há benefício dos protetores do quadril para a maioria das pessoas idosas que vivem em suas próprias casas. Disponibilizar protetores de quadril para idosos frágeis em instalações de cuidados de enfermagem pode reduzir o risco de fraturas. O tamanho de qualquer redução no risco parece ser muito menor do que o sugerido pelos primeiros estudos. Mais pesquisa e desenvolvimento são necessários para fazer e testar protetores de quadril mais confortáveis de usar.
Objetivos do estudo	Determinar se os protetores externos do quadril reduzem a incidência de fraturas de quadril em idosos após uma queda.
Público-alvo	Idosos
Opção	1
Intervenções efetivas	Uma política de fornecimento de protetores de quadril para pessoas idosas residentes em instalações de cuidados de enfermagem pode reduzir o número de fraturas de quadril. Apesar de a significância estatística e, portanto, clínica, do efeito protetor não ser clara.
Intervenções inefetivas	- A provisão de protetores de quadril não reduz a incidência de fraturas de quadril em pessoas idosas que permanecem desamparadas na comunidade. - Não há evidências de que a provisão de protetores do quadril tenha alterado significativamente a incidência de fratura pélvica, outras fraturas ou quedas.
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	- A baixa aceitação e adesão de pessoas idosas oferecidas pelos protetores do quadril têm sido fatores-chave que contribuem para a incerteza contínua. - As razões mais frequentemente mencionadas por não usar protetores de quadril foram: não ser confortável (ajuste muito apertado / ruim); o esforço extra (e tempo) necessário para usar o dispositivo; incontinência urinária; e dificuldades físicas / doenças
Custo	NI

#	11
Referência	Sandel M, Baeder A, Bradman A, Hughes J, Mitchell C, Shaughnessy R, Takaro TK, Jacobs DE. Housing interventions and control of health-related chemical agents: a review of the evidence. J Public Health Manag Pract. 2010 Sep-Oct;16(5 Suppl):S24-33. doi: 10.1097/PHH.0b013e3181e3cc2a.
AMSTAR	2/10
Resumo traduzido	Esta revisão de evidências mostra que as melhorias na moradia provavelmente tendem a reduzir o câncer de pulmão induzido por radônio, a mortalidade cardiovascular relacionada ao fumo passivo e os efeitos neurológicos da exposição a pesticidas e tinta à base de chumbo. Investir em intervenções habitacionais pode resultar em salvamentos importantes decorrentes da redução de doenças e ferimentos devido a exposições evitáveis a agentes químicos.
Objetivos do estudo	Avaliar a efetividade de melhorias na moradia para lidar com problemas de saúde relacionados à exposição a agentes químicos
Público-alvo	Geral
Opção	3
Intervenções efetivas	4 das intervenções revisadas tiveram evidência suficiente e mostraram-se eficazes: · Mitigação do ar de radon através da depressurização ativa do solo (A depressurização ativa do solo é a criação de uma zona de pressão negativa sob a fundação, de modo que os gases do solo sejam exauridos pelo telhado, em vez de entrarem no prédio.) · Manejo integrado de pragas é efetivo para redução da exposição a pesticidas (O Manejo Integrado de Pragas é um sistema que controla as pragas através da negação de acesso, abrigo, alimentação, água, educação dos residentes e uso de pesticidas menos tóxicos). · Políticas ou regras antifumo são eficazes na redução da exposição a fumo passivo. A eliminação do tabagismo nos espaços internos protege totalmente os não fumantes da exposição ao fumo passivo. Políticas domésticas antifumo reduzem a exposição de crianças ao fumo passivo e reduzem o tabagismo em adultos. Há fortes evidências de que as políticas domésticas livres de fumo reduzem o tabagismo entre os jovens · Controle de risco de chumbo (uma combinação de substituição de componentes de construção, estabilização de pintura, invólucro, encapsulamento, educação e remoção limitada de tintas, seguida de limpeza especializada e teste de folga) Quatro das intervenções analisadas foram promissoras, mas precisam de mais avaliação de campo: · Mitigação de radon para água potável usando carvão ativado e aeração · Purificadores de ar portáteis HEPA para controle de partículas internas · Garagem de vedação para reduzir o benzeno e outras exposições a VOC (compostos orgânicos voláteis) · Redução de intrusão particulada e melhor ventilação
Intervenções inefetivas	· Sistemas ativos de depressurização do solo eram muito mais eficazes do que a instalação de membranas durante a construção. · Separar os fumantes de não-fumantes, limpar o ar e ventilar os edifícios não elimina a exposição de não-fumantes ao fumo passivo. · Apenas educação ou um modesto controle de poeira, encontraram declínios modestos ou nenhum declínio estatisticamente significativo nos níveis de chumbo no sangue de crianças. · Sistemas de filtração de limpeza de ar portáteis para fumo passivo ou gases · Ionizadores ou outros limpadores de ar · Limpeza profissional única
Benefícios ou riscos	· estratégias de mitigação de radônio ativo são eficazes na redução da exposição ao radônio no ar a menos de 4 pCi / L (valor aceitável segundo a EPA) · O uso do Manejo integrado de pragas permite a redução significativa de infestações por baratas e níveis de inseticidas piretróides em amostras de ar interno no grupo de intervenção. Além disso, os pesticidas não foram detectados nas amostras de sangue materno no grupo de intervenção. · Por meio do controle de risco de chumbo é possível reduzir o nível de chumbo no sangue das crianças.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	12
Referência	Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;(3):CD006020. doi: 10.1002/14651858.CD006020.pub3.
AMSTAR	11/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Conclusões: <i>Intervenções parentais (educação de pais e programas de treinamento), mais comumente fornecidas dentro de casa, usando intervenções multifacetadas, são eficazes na redução de lesões infantis. Evidências bastante consistentes sugerem que elas também melhoram a segurança no lar. Esta evidência refere-se principalmente a intervenções fornecidas a famílias de populações desfavorecidas, que estão em risco de resultados adversos na saúde infantil, ou cujas famílias podem se beneficiar de apoio extra. Mais pesquisas são necessárias para explorar os mecanismos pelos quais essas intervenções podem reduzir a lesão, identificar as características das intervenções parentais que são necessárias ou suficientes para reduzir a lesão e avaliar a generalização desses achados para diferentes grupos populacionais.</i>
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos das intervenções parentais para prevenir lesões não intencionais em crianças com 18 anos de idade ou menos e para aumentar a posse e o uso de equipamentos de segurança e práticas de segurança pelos pais.
Público-alvo	Crianças
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· Programas de visitas aos lares das famílias (mais comumente oferecidas individualmente em casa, como parte de intervenções multifacetadas para melhorar uma série de resultados de crianças (e frequentemente de saúde materna) durante os dois primeiros anos de vida da criança, são eficazes na redução de lesões autorrelatadas ou medicamente atendidas entre crianças pequenas.) - o É possível que a redução de lesões na infância possa resultar de melhorias no comportamento da criança, supervisão mais eficaz ou práticas disciplinares, ou interações maiores ou mais positivas entre mãe e filho, o que pode estar associado à melhoria do bem-estar psicológico da mãe.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	Intervenções parentais podem ter um efeito positivo nas taxas de segurança doméstica e de lesões na infância.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	13
Referência	KendrickD, Young B,Mason-Jones AJ, IlyasN, Achana FA, Cooper NJ,Hubbard SJ, Sutton AJ, Smith S,Wynn P,Mulvaney CA,Watson MC, Coupland C. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD005014. DOI: 10.1002/14651858.CD005014.pub3.
AMSTAR	10/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Intervenções de segurança doméstica mais comumente fornecidas como uma educação cara-a-cara, especialmente com o fornecimento de equipamentos de segurança, são eficazes para aumentar uma gama de práticas de segurança. Existem algumas evidências de que tais intervenções podem reduzir as taxas de lesões, particularmente quando as intervenções são fornecidas em casa. Achados conflitantes sobre intervenções que fornecem equipamentos de segurança sobre práticas de segurança e resultados de lesões provavelmente serão explicados por dois grandes estudos; um estudo baseado em clínica forneceu equipamentos, mas não reduziu as taxas de lesões, e um estudo em escolas não forneceu equipamentos, mas demonstrou uma redução significativa nas taxas de lesões. Não houve evidências consistentes de que a educação em segurança domiciliar, com ou sem o fornecimento de equipamentos de segurança, fosse menos eficaz naqueles participantes com maior risco de lesão.
Objetivos do estudo	Avaliamos a eficácia da educação em segurança doméstica, com ou sem o fornecimento de equipamentos de baixo custo, com desconto ou gratuitos (intervenções de segurança doméstica), na redução das taxas de lesões infantis ou no aumento das práticas de segurança doméstica e se o efeito varia por grupo social .
Público-alvo	Geral
Opção	3/4
Intervenções efetivas	- Os provedores de assistência social e de saúde infantil devem fornecer intervenções de segurança no lar, incluindo educação e acesso a equipamentos de segurança gratuitos, de baixo custo ou com desconto, como parte de seus programas de saúde e bem-estar da criança. - O artigo indica especialmente a efetividade de programas um-a-um, a educação face-a-face entregue em casa ou em um ambiente clínico. - Intervenções desse tipo devem ser parte de um programa mais amplo de visita aos lares. Outros elementos como o desenho de produtos ou componentes que podem aprimorar a segurança em casa e abordagens de enforcement (como a definição de padrões e regulações), também devem compor uma estratégia eficaz.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	- Intervenções de segurança doméstica foram eficazes em aumentar uma ampla gama de práticas de segurança, incluindo ter uma temperatura segura da água quente, um alarme de fumaça funcional, ter ou praticar um plano de evacuação de incêndio, armazenar medicamentos e produtos de limpeza fora do alcance, tendo xarope de ipeca. e o número do centro de controle de venenos acessível, tendo um portão de escada montado, não usando um andador infantil e usando coberturas de soquete em soquetes não utilizados. Houve alguma evidência de que as intervenções de segurança em casa foram eficazes no aumento do uso de guardas de incêndio. - No geral, houve uma falta de evidência de que as intervenções de segurança em casa foram eficazes em aumentar a posse de tapetes e adesivos ou extintores de incêndio, ou em evitar que crianças sejam deixadas sozinhas em superfícies altas ou no banho, em manter alimentos e bebidas quentes fora de alcance, em verificar baterias de alarme de fumaça, ou armazenar fósforos, objetos pontiagudos, pequenos objetos, venenos ou plantas fora de alcance.
Barreiras ou facilitadores	A maioria dos estudos relatou resultados relativamente de curto prazo (menos de um ano), poucos estudos relataram medidas repetidas de resultados ao longo do tempo ou resultados a longo prazo. No geral, parece que os tamanhos dos efeitos podem diminuir com o tempo.
Custo	NI

#	14
Referência	Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
AMSTAR	11/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Conclusões: Programas de exercícios em grupo e domiciliar e intervenções de segurança doméstica reduzem a taxa de quedas e o risco de quedas. Avaliação multifatorial e programas de intervenção reduzem a taxa de quedas, mas não o risco de queda; Tai Chi reduz o risco de cair. No geral, a suplementação de vitamina D não parece reduzir as quedas, mas pode ser eficaz em pessoas que têm níveis mais baixos de vitamina D antes do tratamento.
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos de intervenções destinadas a reduzir a incidência de quedas em idosos que vivem na comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	O artigo indica que há evidências de efetividade de várias abordagens diferentes para a prevenção da queda, algumas em todas as pessoas idosas que moram na comunidade e outras em subgrupos específicos. (Essa evidência pode não ser aplicável a pessoas idosas com demência, já que a maioria dos estudos incluídos as excluiu da participação.): - Existem fortes evidências de que certos programas de exercícios evitam quedas. As aulas de exercícios em grupo e os exercícios entregues individualmente em casa reduzem a taxa de quedas e o risco de queda. O Tai Chi como exercício em grupo reduz o risco de cair, mas é menos eficaz em pessoas com maior risco de queda. No geral, os programas de exercícios destinados a reduzir as quedas parecem reduzir as fraturas. - Intervenções multifatoriais integrando avaliação com intervenção individualizada, geralmente envolvendo uma equipe multidisciplinar, são eficazes na redução da taxa de quedas, mas não no risco de queda. - As intervenções de segurança doméstica reduzem a taxa de quedas e o risco de queda. Essas intervenções são mais eficazes em pessoas com maior risco de queda e quando são entregues por um terapeuta ocupacional. Um dispositivo de sapato antiderrapante para condições de gelo reduziu significativamente o inverno fora de quedas em um estudo. - Em geral, a vitamina D não parece prevenir quedas em todas as pessoas idosas que vivem na comunidade, mas parece ser eficaz em pessoas que têm níveis mais baixos de vitamina D antes do tratamento. - Em pessoas com deficiência visual severa, há evidências de um ensaio para a eficácia de uma avaliação de segurança e de uma intervenção de modificação em casa. A primeira cirurgia ocular de catarata para pessoas em uma lista de espera reduz significativamente a taxa de quedas em comparação com os controles da lista de espera. As pessoas mais velhas podem estar em maior risco de cair enquanto se ajustam a novos óculos ou a grandes mudanças na prescrição. - Em um estudo, a taxa de quedas foi reduzida em pessoas com dor no pé incapacitante recebendo "podologia multifacetada" (órteses customizadas, revisão de calçados, exercícios para pé e tornozelo, educação para prevenção de quedas além de "cuidados podológicos usuais"). - Evidências de três estudos indicam que a estimulação cardíaca em pessoas com hipersensibilidade do seio carotídeo, e uma história de síncope e / ou quedas, reduz a taxa de quedas.

Intervenções inefetivas	· Existem evidências limitadas sobre a eficácia das intervenções direcionadas a medicamentos (por exemplo, retirada de medicamentos psicotrópicos, programas educacionais para médicos de família). · As evidências relativas à provisão de materiais educacionais para prevenção de quedas são inconclusivas. · Suplementação nutricional não mostrou reduzir o risco de queda. · Não há evidência de efeito na taxa de quedas ou risco de queda por meio de intervenções cognitivo-comportamentais.
Benefícios ou riscos	Benefícios referidos nas descrições das intervenções
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	Houve algumas evidências, apesar de limitadas, de que as estratégias de prevenção de quedas podem economizar custos durante o período de avaliação e também podem ser eficazes em termos de custo durante a vida útil restante dos participantes. Os resultados indicam que, para obter a máxima rentabilidade, estratégias eficazes precisam ser direcionadas a subgrupos específicos de pessoas mais velhas.

#	15
Referência	Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, John A, Lannon S. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD003600. DOI: 10.1002/14651858.CD003600.pub3.
AMSTAR	10/11
Resumo traduzido	Mais evidências são necessárias para mostrar se alterar ou não o ambiente doméstico por meio da remoção de riscos potenciais reduz lesões. Lesões em casa são muito comuns. A maioria dos ferimentos em idosos e crianças menores de cinco anos ocorre em casa. Muitas pessoas são encorajadas a alterar sua casa para tentar reduzir o risco de lesões e lesões. As alterações comuns incluem a instalação de fechaduras nos armários, a instalação de portões de escadas, a melhoria da iluminação em corredores e escadas e a remoção de riscos de tropeções. A revisão constatou que há evidências insuficientes de estudos para mostrar que tais mudanças reduzem o número de lesões em casa, mas não concluem que essas intervenções são ineficazes. As alterações do lar precisam ser avaliadas por estudos maiores e melhor elaborados, que incluam lesões em seus resultados.
Objetivos do estudo	Determinar o efeito de modificações no ambiente doméstico na redução de lesões devido a riscos ambientais.
Público-alvo	Geral
Opção	3
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	Embora seja lógico deduzir que os riscos físicos e o design e layout ruins contribuem para uma sequência de eventos que culminam em uma lesão, não é possível concluir que a melhoria de tais riscos irá certamente reduzir o número de lesões. Também não é possível determinar quais aspectos das intervenções multifatoriais são mais rentáveis.
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	16
Referência	DiGuseppi, C., Jacobs, D. E., Phelan, K. J., Mickalide, A. D., & Ormandy, D. (2010). Housing interventions and control of injury-related structural deficiencies: a review of the evidence. Journal of public health management and practice : JPHMP, 16(5 Suppl), S34-43.
AMSTAR	2/10
Resumo traduzido	Especialistas no assunto revisaram sistematicamente as evidências sobre a eficácia das intervenções habitacionais que afetam a segurança e lesões, como quedas, lesões relacionadas ao fogo, queimaduras e afogamentos, envenenamento por monóxido de carbono, mortes relacionadas ao calor e danos relacionados ao ruído, associados a deficiências habitacionais estruturais. As deficiências estruturais foram definidas como aquelas deficiências para as quais um construtor, senhorio ou proprietário assumiria a responsabilidade (ou seja, projeto, construção, instalação, reparo, monitoramento). (...) Esta revisão de evidências mostra que melhorias na moradia provavelmente ajudarão a reduzir queimaduras e escaldões, afogamentos em piscinas e mortes e ferimentos relacionados a incêndios.
Objetivos do estudo	Avaliar a efetividade de intervenções domésticas na segurança e prevenção de lesões.
Público-alvo	Geral
Opção	3
Intervenções efetivas	Três das 17 intervenções revisadas tinham evidências suficientes para implementação: · alarmes de fumaça instalados e funcionando; · Cercado de piscina de isolamento de 4 lados; · predefinir a temperatura da água quente segura.
Intervenções inefetivas	· Cercas de piscina de três lados - O uso de cercado de piscina de três lados em vez de cercado de piscina de quatro lados completo não é eficaz e pode realmente aumentar o risco porque os cuidadores podem acreditar que a cerca incompleta é adequada.
Benefícios ou riscos	· reduzir a morte e ferimentos causados por incêndios residenciais. · evitar o afogamento. · reduzir queimaduras.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	17
Referência	Wynn PM, Zou K, Young B, Majsak-Newman G, Hawkins A, Kay B, Mhizha-Murira J, Kendrick D. Prevention of childhood poisoning in the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. Int J Inj Contr Saf Promot. 2016;23(1):3-28. doi: 10.1080/17457300.2015.1032978. Epub 2015 Sep 24.
AMSTAR	10/11
Resumo traduzido	O envenenamento não intencional é um problema significativo de saúde pública infantil. (...) As intervenções mais comumente compreendiam a educação, a provisão de fechaduras de armários / gavetas e adesivos de número de centro de controle de veneno (PCC, em inglês). Meta-análises e estudos primários forneceram evidências de que as intervenções melhoraram as práticas de prevenção de veneno. (...) Houve falta de evidências de que as intervenções reduzissem as taxas de envenenamento. Os pais devem receber educação sobre prevenção de envenenamento, fechaduras de armários / gavetas e números de contato de emergência para uso em caso de envenenamento. Mais pesquisas são necessárias para determinar se melhorar as práticas de prevenção de venenos reduz as taxas de envenenamento.
Objetivos do estudo	Sintetizar evidências sobre intervenções não legislativas para reduzir envenenamentos na infância em casa, com referência particular às intervenções que poderiam ser implementadas pelos Centros Infantis na Inglaterra ou saúde comunitária ou saúde comunitária ou serviços de assistência social em outros países de alta renda
Público-alvo	Crianças
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· A educação com ou sem o fornecimento de equipamentos de segurança foi eficaz na promoção do armazenamento seguro de medicamentos e produtos domésticos, posse de ipeca e disponibilidade de números de contato de emergência. · A posse de xarope de ipeca ou a disponibilidade do número de PCC reportou efeitos significativos que favoreceram o grupo de intervenção. · Embora essa não tenha sido uma descoberta universal, estudos que relataram efeitos significativos sobre práticas de prevenção de veneno tenderam a fornecer educação e fechaduras de armários / gavetas, adesivos de número de PCC ou xarope de ipeca. Alguns, mas não todos, também forneceram inspeções de segurança em casa. Outras intervenções, fora do escopo desta revisão, demonstraram ser eficazes e rentáveis. · A legislação sobre embalagem de medicamentos e fechos resistentes a crianças tem sido associada reduções significativas de envenenamentos. · Os centros de controle de veneno demonstraram ser rentáveis, resultando em cerca de US \$ 1,8 bilhão economizados nos EUA por ano em custos médicos e perda de produtividade (Lewin Group, 2012). As intervenções de educação e engenharia incluídas em nossa revisão devem, portanto, ser consideradas juntamente com essas intervenções melhor evidenciadas.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	18
Referência	Carpenter CR. Evidence-based emergency medicine/systematic review abstract. Preventing falls in community-dwelling older adults. Ann Emerg Med. 2009;55(3):296-8.
AMSTAR	5/11
Resumo traduzido	Intervenções de exercício reduzem o risco e a taxa de quedas. Pesquisas são necessárias para confirmar os contextos nos quais a avaliação e a intervenção multifatorial, as intervenções de segurança domiciliar, a suplementação de vitamina D e outras intervenções são eficazes.
Objetivos do estudo	Resumir as melhores evidências da eficácia das intervenções destinadas a reduzir a incidência de quedas em idosos que vivem na comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	- Intervenções de exercício reduziram significativamente a taxa de quedas, mas com heterogeneidade substancial identificada. - Uma análise de subgrupos a priori daqueles que tem alto risco de queda (ou seja, 1 ou mais fatores de risco de queda na inscrição) não demonstrou diferenças significativas para intervenções com exercícios multicomponentes. - Exercícios domiciliares e Tai Chi eram programas de exercícios específicos que mostravam benefícios. Intervenções de exercícios também reduziram o risco de fraturas. - A estimulação cardíaca em pessoas que caem com hipersensibilidade cardioinibitória do seio carotídeo reduziu significativamente a taxa de quedas, mas não o número de fraturas. - A primeira cirurgia ocular de catarata reduziu a taxa de quedas, mas não o risco de queda ou risco de fratura. - O uso de um dispositivo antiderrapante aplicado a calçados externos em condições de inverno, reduziram significativamente as quedas ao ar livre. - Outras intervenções de segurança em casa não reduziram significativamente as taxas de queda, números ou fraturas. No entanto, uma análise de subgrupos a priori de pessoas com alto risco de queda sugeriu um benefício para modificações de segurança em casa, mas com heterogeneidade significativa identificada. - Intervenções de segurança doméstica parecem particularmente eficazes em pacientes com visão deficiente. Uma intervenção abrangente, incluindo a educação do paciente, um programa de exercícios e avaliação da segurança doméstica, reduziu a taxa de quedas. Intervenções multifatoriais também reduziram as taxas de quedas, com significativa heterogeneidade.
Intervenções inefetivas	- O fornecimento de novos óculos para melhorar a visão aumentou significativamente a taxa e o número das quedas, aumentando o risco de fraturas. (??) - Várias intervenções não afetaram as taxas de queda, risco ou fraturas relacionadas, incluindo a suplementação de vitamina D, modificações de medicação direcionadas, suplementos nutricionais, intervenções de comportamento cognitivo ou programas de aprimoramento do conhecimento baseados na educação do paciente.
Benefícios ou riscos	Indicados nas descrições das intervenções
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	19
Referência	McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD004441. DOI: 10.1002/14651858.CD004441.pub2.
AMSTAR	10/10 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Apesar das limitações metodológicas dos estudos de avaliação revisados, a consistência das reduções relatadas em lesões relacionadas à queda em todos os programas apoia a alegação preliminar de que a abordagem baseada na população para a prevenção de lesões relacionadas à queda é eficaz e pode formar a base da prática da saúde pública. Ensaios comunitários randomizados e múltiplos de intervenções baseadas na população são indicados para aumentar o nível de evidência em apoio à abordagem baseada na população. Pesquisa é necessária para elucidar as barreiras e facilitadores em intervenções de base populacional que influenciam a medida em que os programas populacionais são eficazes.
Objetivos do estudo	Avaliar a eficácia de intervenções de base populacional, definidas como iniciativas coordenadas em toda a comunidade e de múltiplas estratégias, para reduzir as lesões relacionadas à queda entre pessoas idosas.
Público-alvo	Idosos
Opção	Barreiras
Intervenções efetivas	· Um programa de intervenção baseado na população compartilha a propriedade do problema de lesão com toda a comunidade, especialistas e membros da comunidade. Responsabilidade conjunta é tomada para determinar prioridades e intervenções apropriadas são amplamente promovidas.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	20
Referência	Munro, J., Coleman, P., Nicholl, J., Harper, R., Kent, G., & Wild, D. (1995). Can we prevent accidental injury to adolescents? A systematic review of the evidence. <i>Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention</i> , 1(4), 249-55.
AMSTAR	0/10
Resumo traduzido	As medidas mais eficazes parecem ser controles legislativos e regulatórios em ambientes rodoviários, esportivos e no local de trabalho. As medidas de engenharia ambiental nas estradas e nos esportes têm custos de implementação relativamente baixos e resultam em menos ferimentos em todos os níveis. Há poucas evidências de que medidas puramente educacionais reduziram as lesões no curto prazo. Abordagens baseadas na comunidade podem ser efetivas em todos os grupos etários, e os incentivos para promover comportamentos mais seguros são promissores, mas requerem uma avaliação adicional. O potencial de abordagens multifatoriais parece maior do que abordagens linear mais restritas.
Objetivos do estudo	uma revisão assistemática de artigos publicados e não publicados, na qual foi avaliada a eficácia da intervenção na redução da lesão acidental na população de 15 a 24 anos.
Público-alvo	Adolescentes
Opção	3/4
Intervenções efetivas	- As medidas mais efetivas parecem ser controles legislativos e regulatórios nas configurações de estradas, esportes e locais de trabalho. - Medidas de engenharia ambiental na estrada e nos esportes também são eficazes na redução de lesões em todos os grupos e com custos relativamente baixos.
Intervenções inefetivas	Embora os resultados relatados a partir de abordagens baseadas na comunidade sejam encorajadores, há evidências de que medidas puramente educativas reduzem as taxas de mortalidade no curto prazo.
Benefícios ou riscos	Controles legislativos e regulatórios podem em um desestímulo a uma atividade, em vez de torná-la mais segura.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	21
Referência	Zou, K., Wynn, P. M., Miller, P., Hindmarch, P., Majsak-Newman, G., Young, B., Hayes, M., ... Kendrick, D. (2015). Preventing childhood scalds within the home: Overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. Burns : journal of the International Society for Burn Injuries, 41(5), 907-24.
AMSTAR	10/11
Resumo traduzido	Resultados: <i>Há poucas evidências de que as intervenções sejam eficazes na redução da incidência de escaldões em crianças. Foram encontradas mais evidências de que as intervenções são eficazes na promoção de temperatura segura da água quente, especialmente quando foram fornecidas instruções de segurança doméstica, verificações de segurança em casa e equipamentos de segurança gratuitos ou com desconto, incluindo termômetros e válvulas misturadoras termostáticas. Nenhuma evidência consistente foi encontrada para a eficácia das intervenções sobre o manuseio seguro de alimentos ou bebidas quentes, nem melhorar as práticas de segurança da cozinha.</i> Conclusão: <i>A educação, as verificações de segurança em casa, juntamente com termômetros ou válvulas de mistura termostáticas, devem ser promovidas para reduzir escaldões por meio da água de torneira. Mais pesquisas são necessárias para avaliar a eficácia das intervenções sobre lesões de escaldadura e para desvendar os efeitos de intervenções multifacetadas sobre lesões de escalda e práticas de segurança.</i>
Objetivos do estudo	Sintetizar e avaliar as evidências da eficácia das intervenções para prevenir escaldões em crianças.
Público-alvo	Crianças
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· Educação em segurança doméstica, avaliações de segurança em casa e equipamento de segurança com desconto ou gratuito, incluindo termômetros e misturadores termostáticos.
Intervenções inefetivas	· Houve pouca evidência do efeito das intervenções de prevenção de queimaduras na incidência de escaldões. · Não encontramos evidências consistentes de que as intervenções de segurança doméstica foram eficazes em promover o manuseio seguro de alimentos ou bebidas quentes, ou práticas de segurança na cozinha e ao cozinhar.
Benefícios ou riscos	· eficaz na promoção de uma temperatura segura da água quente da torneira
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	22
Referência	Young B, Wynn PM, He Z, Kendrick D. Preventing childhood falls within the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. <i>Accid Anal Prev</i> . 2013 Nov;60:158-71. doi: 10.1016/j.aap.2013.08.001. Epub 2013 Aug 16.
AMSTAR	9/11
Resumo traduzido	Evidências do efeito das intervenções nas lesões por quedas ou queda foram escassas, com apenas um dos três estudos primários relatando esse desfecho encontrando uma redução nas quedas. As intervenções foram eficazes na promoção do uso de portões de segurança e coberturas de canto de móveis. Houve algumas evidências de uma redução no uso do andador infantil. O efeito sobre o uso de dispositivos de segurança de janela, tapetes / decalques de banho antiderrapantes e a redução dos riscos de tropeção foram misturados. Havia evidências limitadas de que as intervenções foram eficazes na melhoria da iluminação nos corredores, alterando o layout dos móveis e restringindo o acesso aos telhados. A maioria das intervenções para prevenir as quedas da infância em casa não foi avaliada em termos do seu efeito na redução de quedas. Os formuladores de políticas e os profissionais devem promover o uso de portões de segurança e coberturas de mobília e a restrição do uso de andadores para bebês. Mais pesquisas avaliando o efeito de intervenções para reduzir quedas e lesões relacionadas a quedas são urgentemente necessárias.
Objetivos do estudo	Na maioria dos países, as quedas são a lesão infantil mais frequente e a maioria das lesões em crianças pré-escolares ocorre em casa. Numerosas revisões sistemáticas revisaram evidências da eficácia de intervenções de prevenção de quedas, mas essa evidência não foi sintetizada em uma visão geral, dificultando o acesso fácil das evidências aos formuladores de políticas e praticantes. O objetivo dos autores é sintetizar todas as evidências disponíveis.
Público-alvo	Crianças
Opção	3
Intervenções efetivas	· uso de portões de segurança · coberturas de móveis · restrição do uso de andador infantil
Intervenções inefetivas	· Evidências limitadas foram encontradas sobre a eficácia das intervenções de restrição de acesso a telhados, de evitar a disposição de móveis em locais inesperados e em melhorar a iluminação nos corredores.
Benefícios ou riscos	· Reduzir lesões
Barreiras ou facilitadores	· <i>As intervenções foram eficazes na promoção do uso de portões de segurança e coberturas de canto de móveis, mas não de dispositivos de segurança de janela e tapetes de banho antiderrapantes, apesar dos estudos fornecerem, e em alguns casos, a instalação desses itens gratuitamente. Isso sugere que abordar questões de custo e dificuldade na instalação de equipamentos de segurança pode ser suficiente para reduzir alguns, mas não todos os riscos em casa. A disposição das famílias para fazer mudanças de segurança pode estar relacionada à sua percepção de risco. Quedas de janelas e banhos são menos comuns do que as que envolvem escadas ou objetos pontiagudos, portanto as famílias podem estar menos dispostas a fazer mudanças para resolver esses problemas, especialmente quando o equipamento pode causar transtornos à família (por exemplo, abrir janelas com travas de segurança), ou ser percebido como potencialmente perigoso (por exemplo, capturas de segurança nas janelas que atrasam a fuga em incêndios).</i>
Custo	NI

#	23
Referência	McInnes E, Askie L. Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. Worldviews Evid Based Nurs. 2004;1(1):20-37.
AMSTAR	NA
Resumo traduzido	Resultados: <i>Várias descobertas importantes surgiram. Estas incluíram preferências para estratégias de prevenção de quedas que não envolvam mudança de comportamento entre alguns grupos, a necessidade de promover o valor social de programas de prevenção de quedas e a importância de identificar e abordar fatores associados a evitar atividades.</i> Conclusões e implicações: <i>Em termos do impacto desses achados na revisão Cochrane, a implicação mais importante é que, embora estudos de pacotes de prevenção de quedas multifatoriais tenham relatado resultados benéficos, na prática clínica é importante consultar potenciais participantes individuais e descobrir quais características eles estão dispostos a modificar e que mudanças estão preparados para fazer para reduzir o risco de queda. Caso contrário, existe o risco de que programas caros não sejam adequadamente direcionados ou não alcancem taxas máximas de participação.</i>
Objetivos do estudo	Uma revisão sistemática de estudos qualitativos e quantitativos e análises que enfocam pontos de vista e experiências de prevenção de quedas foi realizada. A revisão foi realizada para fornecer uma dimensão adicional à evidência de eficácia clínica fornecida por uma revisão da Cochrane sobre prevenção de quedas (Gillespie et al. 2003) para informar o desenvolvimento de uma diretriz nacional sobre prevenção de quedas em pessoas idosas.
Público-alvo	Idosos
Opção	Barreiras
Intervenções efetivas	O artigo indica algumas características que deveriam estar presentes nos programas que buscam evitar quedas: · Praticantes envolvidos no desenvolvimento de programas de prevenção de quedas devem assegurar que tais programas: (1) sejam flexíveis o suficiente para acomodar os participantes com necessidades e interesses diferentes e (2) promovam o valor social de tais programas. · Para um indivíduo, os profissionais devem consultar as pessoas sobre as mudanças que são realistas para eles, como indivíduos, realizar. · Assistência ou encaminhamento para os serviços apropriados deve ser fornecida para tratar de fatores individuais modificáveis que podem ser barreiras à participação, como medo de cair, negação do risco de cair e falta de motivação para participar de um programa com um elemento de atividade física. · Para engendrar e manter interesse em programas de prevenção de quedas, os potenciais participantes devem receber informações escritas e verbais sobre: a natureza evitável de algumas quedas; como permanecer motivado; e os benefícios físicos e psicológicos da atividade física e do risco de quedas
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI

Barreiras ou facilitadores	Os seguintes facilitadores e barreiras foram identificados para idosos vivendo nas comunidades. (Os fatores identificados são pares facilitador/barreira) Facilitadores 1. Informação de uma variedade de fontes (GP, mídia de massa, agentes de saúde), publicada em diferentes idiomas. 2. As informações que caem podem ser evitáveis, em vez de imprevisíveis. 3. Informação que comunica aspectos de melhoria da prevenção de quedas como manter a independência e controle 4. Ênfase nos aspectos sociais dos programas de prevenção de quedas 5. Parceria com um par que realizou com sucesso um programa de prevenção de quedas 6. Encontrar características que uma pessoa está disposta a modificar 7. Contrapor-se à crença de que nada pode ser feito por quedas e abordando o seguinte antes da intervenção: evitar atividade, medo de queda, medo de lesão, falta de habilidade percebida, medo de esforço 8. Programas lançados em nível de intensidade baixa-moderada Barreiras 1. Falta de informação que não fale inglês. 2. Desconhecimento do termo “prevenção de quedas”; Relevância percebida da prevenção de quedas baixa até cair ou experiência de quase queda 3. Informações inacessíveis e desagradáveis 4. Estigma social associado a programas que visam "idosos" 5. Baixas expectativas de saúde e baixa confiança em habilidades físicas 6. Agendas diferentes entre pessoas idosas e profissionais de saúde. 7. Dor, esforço e idade (em relação aos programas de exercícios); baixa eficácia pessoal, medo de cair, etc. 8. Programas que enfatizam o equilíbrio e o fortalecimento. O artigo também identifica para espaços de cuidado estendido: · Facilitador: Lembretes dos funcionários de estar ativo · Barreira: Medo de cair, relutância de caminhar, dor, esforço e idade.
Custo	NI

#	24
Referência	Quigley, P., Bulat, T., Kurtzman, E., Olney, R., Powell-Cope, G., & Rubenstein, L. (2010). Fall Prevention and Injury Protection for Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association, 11(4), 284–293. doi:10.1016/j.jamda.2009.09.009
AMSTAR	6/10
Resumo traduzido	Reconhecendo que os fatores de risco para quedas são multifatoriais e interagem, os profissionais necessitam de orientação sobre os componentes, a intensidade, a dose e a duração de um programa eficaz de prevenção de quedas e de lesões de quedas. Administradores de serviços de saúde precisam de orientação sobre os recursos necessários para esses programas. Não existe uma orientação clara para especificar a combinação correta de intervenções para proteger adequadamente populações específicas de risco, como residentes de lares de idosos com demência ou osteoporose. A educação dos funcionários sobre prevenção de quedas e avaliação e reavaliações de riscos de quedas residentes tornou-se parte dos padrões de prática; entretanto, a seleção, a especificidade e a combinação de intervenções de prevenção de queda e proteção de lesões não são padronizadas. Para resolver essas lacunas, a equipe de pesquisadores conduziu um exame crítico de estudos de intervenção selecionados, relevantes para as populações de lares de idosos.
Objetivos do estudo	Os objetivos desta revisão de literatura foram (1) examinar a seleção e especificidade das intervenções de prevenção de quedas e proteção de lesões descritas na literatura desde 1990; (2) avaliar a força da evidência para intervenções que previnam quedas e protejam os residentes de lesões relacionadas a quedas; e, (3) fornecer orientação clínica e política para integrar intervenções específicas na prática.
Público-alvo	Idosos
Opção	Multifatorial
Intervenções efetivas	· Redução de riscos ambientais, protetores do quadril e manejo de medicações ósseas ativas, juntamente com prevenção de quedas (calçados adequados, aprendendo a identificar fraqueza ou tontura, manejo vigilante de medicamentos psicotrópicos, deslocamento de residentes com demência para o posto de enfermagem). · (O artigo oferece uma classificação das intervenções para evitar quedas e lesões por quedas em duas dimensões: a) prevenção de queda / prevenção de lesão; b) nível organizacional, funcionários, paciente)
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	· Adesão limitada a protetores de quadril
Custo	NI

#	25
Referência	Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. N S W Public Health Bull. 2011 Jun;22(3-4):78-83. doi: 10.1071/NB10056.
AMSTAR	4/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Esta revisão sistemática de atualização inclui 54 ensaios clínicos randomizados e confirma que o exercício como uma única intervenção pode prevenir quedas. A meta-regressão revelou programas que incluíam treinamento de equilíbrio, continham uma dose maior de exercício e não incluiu treinamento de caminhada para ter o maior efeito na redução de quedas. Portanto, recomendamos que o exercício para a prevenção de quedas forneça um desafio moderado ou alto para equilibrar e ser realizado por pelo menos 2 horas por semana em uma base contínua. Além disso, recomendamos que: o exercício de prevenção de quedas tenha como alvo tanto a comunidade em geral quanto aqueles com alto risco de quedas; o exercício pode ser realizado em grupo ou em casa; treinamento de força e caminhada pode ser incluído além do treinamento de equilíbrio, mas indivíduos de alto risco não devem ser prescritos para programas de caminhada rápida; e outros fatores de risco relacionados à saúde também devem ser abordados.
Objetivos do estudo	Avaliar a eficácia do exercício físico como meio para prevenir quedas
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	O artigo oferece as seguintes recomendações como melhores práticas para exercícios físicos: · O exercício deve fornecer um desafio moderado ou alto para se equilibrar (3 formas de equilíbrio são identificadas) · O exercício deve ser de uma dose suficiente para ter um efeito · O exercício contínuo é necessário · O exercício de prevenção de quedas deve ser direcionado para a comunidade em geral, bem como para aqueles com alto risco de quedas · O exercício de prevenção de quedas pode ser realizado em um ambiente em grupo ou domiciliar · Treinamento de caminhada pode ser incluído além do treinamento de equilíbrio, mas indivíduos de alto risco não devem ser prescritos programas de caminhada rápida · O treinamento de força pode ser incluído além do treinamento de equilíbrio · Os provedores de exercícios devem fazer encaminhamentos para outros fatores de risco a serem abordados
Intervenções inefetivas	Segundo o artigo, as formas de exercício que não contem as características de uma intervenção efetiva, por exemplo, fortalecer o equilíbrio, são inefetivas
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	26
Referência	Ingram JC, Deave T, Towner E, Errington G, Kay B, Kendrick D. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. Health Educ Res. 2012 Apr;27(2):258-68. doi: 10.1093/her/cyr066. Epub 2011 Aug 26.
AMSTAR	4/9
Resumo traduzido	As lesões são a principal causa de morte infantil internacionalmente; há índices mortalidade e morbidade elevados. A maioria das lesões pré-escolares ocorre em casa, mas a implementação de pesquisas na prática para prevenção de lesões recebeu pouca atenção. Esta revisão sistemática descreve os principais facilitadores e barreiras ao implementar intervenções de prevenção de lesões. (...) Sete facilitadores e seis barreiras foram identificados. Facilitadores relacionados à abordagem utilizada, mensagens focadas, mudanças mínimas, características daquele que entrega o serviço, acessibilidade ao equipamento, mudança de comportamento e incentivos. As barreiras incluíam intervenções complexas, barreiras culturais, socioeconômicas, físicas e comportamentais e restrições de entrega. Barreiras e facilitadores devem ser abordados na implementação de intervenções de prevenção de lesões e os estudos devem explorar explicitamente fatores que ajudam ou dificultam o processo.
Objetivos do estudo	Esta revisão sistemática descreve os principais facilitadores e barreiras ao implementar intervenções de prevenção de lesões.
Público-alvo	Crianças (menores de cinco anos)
Opção	Barreiras
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	O artigo dá alguns detalhes adicionais para cada um dos pontos indicados a seguir, assim como exemplos para alguns casos Facilitadores: 1- Abordagens: Visitas domiciliares; combina educação e intervenção ambiental (intervenção ativa e passiva); envolvimento da comunidade; parceria de trabalho; métodos adaptados 2- Mensagem focada: Um tipo de lesão; sob medida para o indivíduo; mensagem simples 3- Mudanças mínimas: educacional; física 4- Papel daquele que entrega o serviço: Benefícios para os participantes - usando profissionais de saúde, outros profissionais ou voluntários; benefícios para o que entrega o serviço; hora e lugar 5- Acessibilidade ao equipamento: Fornecimento gratuito e montagem de equipamentos de segurança; cupões; informação para obtenção 6- Mudança de comportamento: Reforçar mensagens; técnicas motivacionais; modelos teóricos utilizados; mudança organizacional; envolvimento comunitário e conscientização 7- Incentivos Barreiras: 1- Barreiras culturais: Desconfiança de visitas domiciliares; barreiras de linguagem; estilo de vida; generalização 2- Socioeconômico: Baixa escolaridade; baixa renda; etnia 3- Intervenções Complexas: Lesões múltiplas; vários métodos 4- Restrições daquele que entrega o serviço: Treinamento; tempo envolvido; sustentabilidade; comunicação 5- Barreiras físicas: Acomodação alugada; ocupação múltipla; movimentos frequentes; acesso a dispositivos; dispositivos defeituosos 6- Barreiras comportamentais: Comportamento existente; mudança de comportamento
Custo	NI

#	27
Referência	Kumar A, Delbaere K, Zijlstra GA, Carpenter H, Iliffe S, Masud T, Skelton D, Morris R, Kendrick D. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community: Cochrane systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2016 May;45(3):345-52. doi: 10.1093/ageing/afw036.
AMSTAR	10/11
Resumo traduzido	Conclusões: as intervenções de exercício provavelmente reduzem o medo de cair para um grau pequeno a moderado imediatamente após a intervenção em pessoas idosas que vivem na comunidade. O alto risco de viés na maioria dos estudos incluídos sugere que os resultados devem ser interpretados com cautela. Ensaio de alta qualidade são necessários para fortalecer a base de evidências nessa área.
Objetivos do estudo	Determinar o efeito de intervenções de exercício sobre o medo de cair em pessoas vivendo na comunidade com idade ≥ 65
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	· O efeito do exercício no medo de cair além do final da intervenção não é claro. O efeito das intervenções de exercícios não variou de acordo com o tipo, frequência ou duração do exercício, risco de quedas ou entre tentativas de reduzir o medo de cair e aquelas com outros objetivos primários.
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	28
Referência	Saverino A, Moriarty A, Playford D. The risk of falling in young adults with neurological conditions: a systematic review. Disabil Rehabil. 2014;36(12):963-77. doi: 10.3109/09638288.2013.829525. Epub 2013 Oct 7.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Resultados: Entre os múltiplos fatores de risco estudados, um desempenho reduzido no equilíbrio e na marcha foi consistentemente associado a quedas, enquanto a contribuição de deficiências físicas e cognitivas únicas foi variável em diferentes populações. Aparelhos de caminhada, características de cadeira de rodas e riscos ambientais são fatores de risco ambientais significativos. Conclusão: A queda é um problema comum entre pacientes jovens afetados por distúrbios neurológicos, embora o risco de queda para um indivíduo específico seja difícil de prever e o risco de uma lesão grave relacionada à queda ainda não tenha sido estabelecido.
Objetivos do estudo	Revisar sistematicamente a literatura sobre fatores de risco de queda para pacientes jovens afetados por distúrbios neurológicos.
Público-alvo	Adultos
Opção	Descrição do problema
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	· Pacientes jovens com marcha e equilíbrio comprometidos ou que apresentam um nível médio-severo de incapacidade motora parecem estar sob maior risco de queda; mas no geral, parece que os pacientes que são relativamente independentes e ainda participam de atividades desafiadoras têm uma exposição aumentada ao risco de queda.
Custo	NI

#	29
Referência	Chase CA, Mann K, Wasek S, Arbesman M. Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. Am J Occup Ther. 2012 May-Jun;66(3):284-91. doi: 10.5014/ajot.2012.005017.
AMSTAR	4/10
Resumo traduzido	Os resultados mais fortes foram encontrados para programas multifatoriais que incluíram avaliações domiciliares e modificações domiciliares, atividades físicas ou exercícios, educação, exames de visão e medicação, ou tecnologia assistencial para prevenir quedas. Os resultados positivos incluíram uma diminuição na taxa de declínio funcional, uma diminuição no medo de cair e um aumento nos fatores físicos, como equilíbrio e força. A força da evidência para atividade física e programas de modificação doméstica fornecidos individualmente foi moderada. Implicações para a prática, educação e pesquisa também são discutidas.
Objetivos do estudo	Esta revisão sistemática explorou o impacto de programas de prevenção de quedas e modificações domiciliares em quedas e o desempenho de idosos da comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3/4
Intervenções efetivas	- Combinação de facilitação do exercício através de sessões individuais e em grupo, educação sobre estratégias para permanecer seguro e independente, e recomendações para tecnologia assistiva e modificações no lar. - o subgrupo de frequentes caidores mostram os maiores benefícios de intervenções individuais e multifatoriais
Intervenções inefetivas	Quando a atividade física e as modificações domiciliares são fornecidas individualmente, a evidência de que essas intervenções reduzem quedas e mantêm e promovem o desempenho de ADL (atividades do dia a dia) e IADL (atividades instrumentais da vida diária) é moderada.
Benefícios ou riscos	as intervenções desempenham um papel reduzindo o número de quedas, limitando o medo de cair e preservando a independência dos idosos da comunidade.
Barreiras ou facilitadores	adesão às recomendações foi significativamente maior no grupo de terapia ocupacional do que no grupo com um avaliador não profissional.
Custo	NI

#	30
Referência	Batchelor F, Hill K, Mackintosh S, Said C. What works in falls prevention after stroke?: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2010 Aug;41(8):1715-22. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.570390. Epub 2010 Jul 8.
AMSTAR	7/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados - A única intervenção demonstrada para ser eficaz na redução de quedas foi a vitamina D para mulheres sobreviventes de AVC em um ambiente institucional. Outras intervenções não foram mais eficazes do que os cuidados habituais. Conclusões - O risco de queda é alto em sobreviventes de acidente vascular cerebral; no entanto, a única intervenção demonstrada para ser eficaz na redução de quedas nesta revisão foi a suplementação de vitamina D.
Objetivos do estudo	As quedas são comuns após o acidente vascular cerebral. Apesar das evidências de que intervenções únicas e multifatoriais podem reduzir as quedas em idosos, esta questão permanece relativamente pouco explorada em sobreviventes de AVC. A prevenção eficaz de quedas nessa população tem o potencial de prevenir lesões, melhorar a qualidade de vida e diminuir a probabilidade de medo subsequente de queda e restrição de atividades. O objetivo deste artigo foi revisar e integrar as evidências de pesquisa relacionadas às intervenções que reduzem as quedas após o AVC.
Público-alvo	Idosos – que sofreram AVC
Opção	1
Intervenções efetivas	· Baixa dose de vitamina D para mulheres que vivem em uma instituição
Intervenções inefetivas	· Os bisfosfonatos têm um efeito na densidade mineral óssea, o que provavelmente reduz o risco de fratura, mas é menos provável que diminua o risco de quedas.
Benefícios ou riscos	· A suplementação com vitamina D com ou sem cálcio pode contribuir para o aumento da força muscular e também para um menor risco de quedas, seja direta ou indiretamente
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	31
Referência	Dukyoo J, Juhee L, Lee SM. A meta-analysis of fear of falling treatment programs for the elderly. West J Nurs Res. 2009 Feb;31(1):6-16. doi: 10.1177/0193945908320466. Epub 2008 Jul 30.
AMSTAR	5/10 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Os resultados indicam que as intervenções são eficazes na redução do medo de cair ou aumentar a eficácia da queda. O MWES é 0,249, 0,024 e 0,418 para a intervenção combinada, somente intervenção de exercício e grupos protetor de quadril, respectivamente. O MWES do grupo de 3 meses ou menos foi de 0,000, e o grupo de 4 meses foi de 0,240. O MWES é 0,022, 0,228 e 0,418 para os grupos de intervenção baseados em instalações, baseados na comunidade e em casa, respectivamente. No geral, as intervenções foram eficazes em diminuir o medo de cair e aumentar a eficácia da queda. Os resultados sugerem que o melhor resultado é obtido após 4 meses, indicando que as intervenções precisam de algum tempo para obter seus efeitos.
Objetivos do estudo	Este estudo examina a eficácia de intervenções para diminuir o medo de cair, sintetizando os resultados de estudos individuais de medo de prevenção de queda
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/4
Intervenções efetivas	· resultados significativos foram obtidos no grupo em que o exercício foi combinado com a intervenção educacional e no grupo com protetor de quadril - o Um programa que combina exercício e educação é mais eficaz do que um programa somente de exercício, porque o medo de cair é influenciado não apenas por problemas físicos, mas também por questões psicológicas e cognitivas. - o A intervenção do protetor de quadril pode aumentar a confiança nos idosos, porque o protetor de quadril provavelmente faz com que os participantes se sintam seguros quando se movem.
Intervenções inefetivas	· os resultados obtidos no grupo de somente exercícios não foram estatisticamente significativos;
Benefícios ou riscos	· Diminuir o medo de cair
Barreiras ou facilitadores	· Tempo para demonstrar efetividade. Quando a efetividade das intervenções foi avaliada após 4 meses, resultados significativos foram observados. Isto sugere que para as intervenções previstas para o medo de cair, os melhores resultados são obtidos 4 meses após o início do programa de intervenção
Custo	NI

#	32
Referência	Turner SL, Johnson RD1, Weightman AL, Rodgers SE, Arthur G, Bailey R, Lyons RA. Risk factors associated with unintentional house fire incidents, injuries and deaths in high-income countries: a systematic review. Inj Prev. 2017 Apr;23(2):131-137. doi: 10.1136/injuryprev-2016-042174. Epub 2017 Jan 24.
AMSTAR	8/10
Resumo traduzido	Resultados: <i>Características comumente associadas ao aumento do risco de incêndios domésticos, ferimentos e mortes incluíram: maior número de moradores, homens, crianças menores de 5 anos, famílias não trabalhadoras, tabagismo, baixa renda, propriedades não privadas, apartamentos e edifícios em má condição. Vários fatores de risco foram associados a apenas um resultado (por exemplo, morar sozinho foi associado apenas ao aumento do risco de incêndios prejudiciais), e os domicílios com residentes mais velhos tiveram maior risco de incêndios prejudiciais, mas significativamente menos propensos a sofrer um incêndio domiciliar.</i>
Objetivos do estudo	Identificar os fatores de risco distintivos associados a incidentes não intencionais de incêndio em casas, ferimentos e mortes.
Público-alvo	Geral
Opção	Descrição
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· Propriedades com maior número de residentes mais velhos (com mais de 65 anos), residentes com deficiência, residentes com álcool / drogas, famílias de solteiros e propriedades sem alarmes de fumaça foram consistentemente relatadas como tendo maior risco de sofrer ferimentos e morte a partir de incêndios em casa. · Além dos fatores anteriores apontados como principais o artigo também indica outros que fatores de risco para incidentes não intencionais de incêndio em casa, assim como para lesões e fatalidades não intencionais a partir de incêndio em casa (tabela 3).
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	33
Referência	Liu L, Stroulia E, Nikolaidis I, Miguel-Cruz A, Rios Rincon A. Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review. Int J Med Inform. 2016 Jul;91:44-59. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.007. Epub 2016 Apr 19.
AMSTAR	6/10 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados: Nossas análises descobriram que: (1) o nível de prontidão tecnológica para as casas inteligentes e as tecnologias de monitoramento de saúde domiciliar é baixo; (2) o nível mais alto de evidência é 1b (isto é, um estudo controlado randomizado com um escore de PEDro ≥ 6); casas inteligentes e tecnologias de monitoramento domiciliar de saúde são usadas para monitorar atividades da vida diária, declínio cognitivo e saúde mental e condições cardíacas em idosos com necessidades complexas; (3) não há evidências de que as casas inteligentes e as tecnologias de monitoramento domiciliar de saúde ajudem a abordar a previsão de incapacidades e a qualidade de vida relacionada à saúde ou a prevenção de quedas; e (4) há evidências conflitantes de que as casas inteligentes e as tecnologias de monitoramento domiciliar de saúde ajudam a tratar a doença pulmonar obstrutiva crônica. Conclusões: O nível de prontidão tecnológica para as casas inteligentes e as tecnologias de monitoramento de saúde em casa ainda é baixo. O maior nível de evidência encontrado foi em um estudo que apoiou tecnologias de saúde domiciliar para uso em atividades de monitoramento da vida diária, declínio cognitivo, saúde mental e condições cardíacas em idosos com necessidades complexas.
Objetivos do estudo	Objetivos: O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão sistemática da literatura para determinar: (1) os níveis de prontidão tecnológica entre adultos mais velhos e, (2) evidências de residências inteligentes e tecnologias de monitoramento domiciliar que apoiam o envelhecimento no local para idosos que têm necessidades complexas.
Público-alvo	Idosos
Opção	3
Intervenções efetivas	· Casas inteligentes e tecnologias de monitoramento de saúde em casa usadas para monitorar atividades do dia-a-dia, declínio cognitivo e saúde mental, e problemas cardíacos em idosos com necessidades complexas.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· As evidências sustentam que as tecnologias de monitoramento domiciliar de saúde para o declínio cognitivo e a saúde mental reduzem os sintomas de depressão e as visitas ao departamento de emergência em idosos com doenças crônicas. · Há evidências que sustentam que as tecnologias para monitorar as condições cardíacas melhoram o compartilhamento de dados dos pacientes com os médicos e seu controle da pressão arterial. · Não há evidências de que as casas inteligentes ou as tecnologias de monitoramento domiciliar de saúde ajudem a abordar as condições de predição de doenças ou deficiências, a qualidade de vida relacionada à saúde ou a prevenção de quedas.
Barreiras ou facilitadores	Custo
Custo	NI

#	34
Referência	de Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Geriatr. 2015 Dec 2;15:154. doi: 10.1186/s12877-015-0155-4.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Resultados: (...) Intervenções de exercício demonstraram melhora em diferentes medidas de resultado em idosos frágeis, no entanto, houve grandes diferenças entre os estudos em relação ao tamanho dos efeitos. Conclusões: Esta revisão sistemática sugeriu que idosos frágeis pareciam se beneficiar de intervenções de exercícios, embora o programa ideal ainda não esteja claro.
Objetivos do estudo	A baixa atividade física tem se mostrado um dos componentes mais comuns da fragilidade, e intervenções têm sido consideradas para prevenir ou reverter essa síndrome. O objetivo desta revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados é examinar as intervenções do exercício para gerenciar a fragilidade em pessoas idosas.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Programas voltados a mais de um componente físico (força, resistência, equilíbrio, flexibilidade) promovem melhor desempenho em relação à capacidade funcional global dos idosos. No entanto, uma conclusão decisiva sobre o programa ideal para melhorar a capacidade global de idosos frágeis permanece incerto.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· A literatura tem mostrado que a participação em atividades físicas regulares protege contra diversos componentes da síndrome da fragilidade, melhorando a qualidade de vida dos idosos, aumentando o equilíbrio e a mobilidade e reduzindo quedas, bem como institucionalização, hospitalização e mortalidade.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	35
Referência	Kim, K. I., Jung, H. K., Kim, C. O., Kim, S. K., Cho, H. H., Kim, D. Y., Ha, Y. C., Hwang, S. H., Won, C. W., Lim, J. Y., Kim, H. J., Kim, J. G. (2017). Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. The Korean journal of internal medicine, 32(1), 199-210.
AMSTAR	6/10
Resumo traduzido	Quedas e lesões relacionadas à queda são comuns em populações mais velhas e têm efeitos negativos na qualidade de vida e independência. Quedas também estão associadas ao aumento da morbidade, mortalidade, internação em casa de repouso e custos médicos. A Coréia experimentou uma mudança demográfica extrema com o envelhecimento da população no ritmo mais rápido entre os países desenvolvidos, por isso é importante avaliar os riscos de queda e desenvolver intervenções para populações de alto risco. As diretrizes para a prevenção de quedas foram primeiramente desenvolvidas pela Associação Coreana de Medicina Interna e pela Sociedade Geriátrica Coreana. Essas diretrizes foram desenvolvidas por meio de um processo de adaptação como um método baseado em evidências; quatro diretrizes foram recuperadas por meio de revisão sistemática e do processo de Avaliação de Diretrizes para Pesquisa e Avaliação II, e sete recomendações foram desenvolvidas com base na estrutura de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação. Como as quedas são o resultado de vários fatores, as diretrizes incluem uma avaliação multidimensional e uma estratégia multimodal. As diretrizes foram desenvolvidas para médicos primários, pacientes e população em geral. Eles fornecem recomendações detalhadas e medidas concretas para avaliar o risco e prevenir quedas entre pessoas idosas.
Objetivos do estudo	Elaboração de diretrizes para prevenção de quedas considerando o contexto sul-coreano.
Público-alvo	idosos
Opção	2/3

Intervenções efetivas	Por uma parte, o artigo faz recomendações relacionadas à avaliação do risco de queda dos idosos: · Médicos de atenção primária devem ser capazes de identificar idosos com um risco aumentado de quedas, perguntando sobre um histórico de quedas e realizando testes de marcha ou equilíbrio. · Uma avaliação de risco de queda multifatorial deve ser realizada para idosos residentes na comunidade que relatam quedas recorrentes (≥ 2), dificuldades com a marcha ou equilíbrio, ou que procuram atendimento médico ou se apresentam ao pronto-socorro devido a uma queda. As avaliações multifatoriais de risco de queda são uma avaliação geriátrica abrangente ou focada em quedas, geralmente incluindo duas ou mais das seguintes avaliações: visão, marcha, mobilidade, força muscular, uso de medicamentos, comprometimento cognitivo, hipotensão ortostática e riscos ambientais. - o Uma avaliação multifatorial do risco de queda seguida por intervenções para modificar quaisquer fatores de risco identificados é considerada uma estratégia altamente eficaz para reduzir quedas entre idosos Por outra parte o artigo faz recomendações relacionadas à suplementação de vitamina D e exercícios regulares, sempre considerando especificidades para grupos em maior risco: · A suplementação de vitamina D para idosos que possuem níveis mais baixos de vitamina D pode prevenir quedas. Suplementação combinada de vitamina D e cálcio pode prevenir fraturas em pessoas idosas com um risco aumentado de queda ou fratura. - o Idosos que residem em ambientes de cuidados prolongados têm alto risco de quedas e fraturas e são frequentemente deficientes em vitamina D. · Exercícios regulares para prevenir quedas e risco de queda em idosos da comunidade. Os idosos da comunidade com alto risco de queda devem ser submetidos a treinamento de equilíbrio, exercícios de fortalecimento, exercícios aeróbicos e / ou exercícios resistidos.
Intervenções inefetivas	· A suplementação rotineira de vitamina D para prevenção de quedas e fraturas para pessoas idosas saudáveis residentes na comunidade não é recomendada.
Benefícios ou riscos	· No caso de avaliações de risco multifatoriais, avaliações de risco de queda multifatorial e intervenções podem diminuir o risco de quedas e melhorar o estado de saúde. · A administração de vitamina D e/ou cálcio pode gerar um aumento pequeno, mas significativo, dos sintomas gastrintestinais e da doença renal. Portanto, a suplementação com vitamina D e / ou cálcio para pessoas idosas que vivem na comunidade deve ser individualizada. · O exercício em casa tem vantagens, como ser menos dispendioso e permitir desempenho a longo prazo. O exercício regular em programas domiciliares melhora a função física, previne quedas, mantém a densidade mineral óssea e é viável na vida diária. Exercícios de fortalecimento e treinamento de equilíbrio em exercícios domiciliares diminuem o risco de queda. No entanto, os programas domiciliares também têm limitações em termos de menor conformidade e são menos eficazes do que os exercícios em grupo.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	36
Referência	Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H. Falls prevention for the elderly. <i>GMS Health Technol Assess</i> . 2012;8:Doc01. doi: 10.3205/hta000099. Epub 2012 Apr 12.
AMSTAR	1/10
Resumo traduzido	Em resumo, parece que o desempenho de testes ou a aplicação de parâmetros para identificar indivíduos em risco de queda rende pouca ou nenhuma informação clinicamente relevante. Efeitos positivos de intervenções com exercícios podem ser esperados em idosos relativamente jovens e saudáveis, enquanto estudos indicam efeitos opostos em idosos frágeis. Para esta população vulnerável específica, a modificação do ambiente habitacional mostra efeitos protetores. Um baixo número de estudos, estudos de baixa qualidade ou resultados inconsistentes levam à conclusão de que a eficácia das seguintes intervenções ainda não está clara: correção de distúrbios de visão, modificação de medicação psicotrópica, suplementação de vitamina D, suplementos nutricionais, intervenções psicológicas, educação de pessoal de enfermagem, programas múltiplos e multifatoriais, bem como a aplicação de protetores de quadril.
Objetivos do estudo	As análises bibliográficas neste relatório visam apoiar a tomada de decisão para uma prevenção de quedas eficaz e eficiente. Perguntas de pesquisa: A pergunta central da pesquisa aborda a eficácia de intervenções únicas e programas complexos para a prevenção de quedas e lesões relacionadas a quedas. A população alvo são os idosos (> 60 anos), que vivem em suas próprias moradias ou em instituições de longa permanência. Outras questões de pesquisa referem-se à relação custo-eficácia das medidas de prevenção de quedas e suas implicações éticas, sociais e legais.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3/4
Intervenções efetivas	· Exercícios físicos, particularmente em idosos jovens e saudáveis · Modificação doméstica, particularmente para idosos frágeis
Intervenções inefetivas	· Não há evidência de efetividade para prevenir quedas: correção de distúrbios de visão, modificação de medicação psicotrópica, suplementação de vitamina D, suplementos nutricionais, intervenções psicológicas, educação de pessoal de enfermagem, programas múltiplos e multifatoriais, bem como a aplicação de protetores de quadril. · Não há evidências de que qualquer uma das intervenções investigadas seja capaz de reduzir o risco de lesões relacionadas à queda.
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	37
Referência	Burton, E.; Cavalheri, V.; Adams, R.; Browne, C.O.; Boverly-Spencer, P.; Fenton, A.M.; Campbell, B.W.; Hill, K.D. Effectiveness of exercise programs to reduce falls in older people with dementia living in the community: a systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging. 2015; 10: 421–434.
AMSTAR	8/11
Resumo traduzido	Conclusão: Os resultados desta revisão sugerem que um programa de exercícios pode potencialmente ajudar na prevenção de quedas de pessoas idosas com demência que vivem na comunidade. No entanto, mais pesquisas são necessárias com estudos que utilizem amostras maiores, resultados de medições padronizadas e períodos de acompanhamento mais longos, para fundamentar as recomendações baseadas em evidências.
Objetivos do estudo	O objetivo desta revisão sistemática e meta-análise é avaliar a eficácia de programas de exercícios para reduzir quedas em pessoas idosas com demência que vivem na comunidade.
Público-alvo	idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Há evidências promissoras que sugerem que as intervenções de prevenção de quedas, que incluem força, equilíbrio e treinamento de resistência / mobilidade e progresso na intensidade ao longo do tempo, podem ajudar na redução de quedas nessa população, embora seja aconselhável alguma cautela na interpretação desses achados. O programa pode ser realizado em casa, em grupo em um centro comunitário ou em um ginásio.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	· Diferentes fatores podem dificultar a aderência dos idosos a programas de exercícios, entre eles: a falta de exercício prévio, problemas de saúde, feriados e o apoio necessário para o exercício.
Custo	NI

#	38
Referência	Laufer Y, Dar G, Kodesh E. Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. Clin Interv Aging. 2014 Oct 23;9:1803-13.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Resultados: Estudos comparando o treinamento baseado no Wii com programas alternativos de exercício geralmente indicavam que as melhorias de equilíbrio obtidas pelo treinamento baseado no Wii são comparáveis àquelas obtidas por outros programas de exercícios. Conclusão: A revisão indica que os programas de exercícios baseados no Wii podem servir como uma alternativa para formas mais convencionais de exercício, visando melhorar o controle do equilíbrio. No entanto, devido à grande variabilidade entre os estudos em termos de protocolos de intervenção e medidas de resultados, bem como limitações metodológicas, recomendações definitivas quanto aos protocolos de tratamento ideais e o potencial de tal intervenção como tratamento domiciliar seguro e eficaz não podem ser feitas neste momento.
Objetivos do estudo	Contexto: Programas de exercícios que desafiam o equilíbrio de um indivíduo mostraram reduzir o risco de quedas entre adultos mais velhos. A tecnologia baseada em computador de realidade virtual que oferece ao usuário oportunidades de interagir com objetos virtuais é usada extensivamente para entretenimento. Há um interesse crescente no potencial das intervenções baseadas na realidade virtual para o treinamento de equilíbrio em adultos mais velhos. Este trabalho compreende uma revisão sistemática da literatura para determinar os efeitos de programas de intervenção utilizando o console Nintendo Wii no controle de equilíbrio e desempenho funcional em idosos independentes.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Um programa de exercícios com base no Wii é viável e pode melhorar suas capacidades de equilíbrio. Tais programas podem servir como uma alternativa para formas mais convencionais de exercício, visando melhorar o controle do equilíbrio.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· O treinamento baseado no Wii pode servir como um meio para melhorar o controle do equilíbrio e a autoconfiança entre os idosos da comunidade. Os estudos comparando o treinamento baseado no Wii com programas de exercícios alternativos apóiam essa conclusão, já que as melhorias obtidas no equilíbrio com o treinamento baseado no Wii foram comparáveis com aquelas obtidas com outros programas de exercícios em várias das medidas de resultados testadas.
Barreiras ou facilitadores	· Necessário determinar se os adultos mais velhos podem usar o sistema Wii com segurança e sem supervisão.
Custo	NI

#	39
Referência	Choi M, Hector M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2012 Feb;13(2):188.e13-21.
AMSTAR	5/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Conclusões: A análise de meta-sensibilidade indica que ensaios clínicos randomizados de programas de prevenção de quedas conduzidos nos últimos 10 anos (2000 e 2009) são efetivos na redução global de taxas de quedas de 9% com uma redução de 10% nas intervenções multifatoriais, 9% em contextos comunitários e 12% em intervenções do Modelo I (esforços iniciais de intervenção e subsequente acompanhamento).

Objetivos do estudo	Objetivo: Examinar a eficácia de programas de prevenção de quedas para idosos, revisando ensaios clínicos randomizados de 2000 a 2009.
Público-alvo	idosos
Opção	1/2/3/4
Intervenções efetivas	· Intervenção multifatorial (utiliza times multidisciplinares)
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	40
Referência	Corrieri, S., Heider, D., Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., & König, H.-H. (2011). Cost-effectiveness of fall prevention programs based on home visits for seniors aged over 65 years: a systematic review. <i>International Psychogeriatrics</i> , 23(05), 711–723. doi:10.1017/s1041610210002280
AMSTAR	3/11
Resumo traduzido	Conclusões: A relação custo-eficácia das visitas domiciliares preventivas parece depender da adaptação cuidadosa de medidas específicas, para certos ambientes especiais em pacientes designados e padrões de doença, caso a caso. Os pontos de partida para futuras pesquisas são os componentes da avaliação econômica, o cenário, o pessoal e as medidas da intervenção, bem como a seleção cuidadosa e a análise da amostra do estudo e seus subgrupos.
Objetivos do estudo	As visitas domiciliares preventivas são consideradas uma intervenção promissora para melhorar a saúde e o funcionamento independente dos idosos, ao mesmo tempo em que reduzem os custos com assistência médica. Esta revisão sistemática enfoca no custo-efetividade dessas visitas, analisando ensaios clínicos randomizados que avaliam índices de custo-efetividade incrementais em intervenções de prevenção de quedas.
Público-alvo	Geral
Opção	3
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	· Tendo realizado esta revisão sistemática, não encontramos evidências convincentes para provar de maneira abrangente que as visitas domiciliares preventivas são custoeefetivas.

#	41
Referência	Davis JC, Robertson MC, Ashe MC, Liu-Ambrose T, Khan KM, Marra CA. Does a home-based strength and balance programme in people aged > or =80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. Br J Sports Med. 2010 Feb;44(2):80-9. doi: 10.1136/bjsm.2008.060988.
AMSTAR	8/11
Resumo traduzido	Resultados: Nove estudos que atenderam aos nossos critérios de inclusão incluíram oito análises de custo-efetividade, uma análise custo-utilidade e uma análise custo-benefício. Três estratégias eficazes de prevenção de quedas foram custo-efetivas em um subgrupo de participantes: (1) um programa multifatorial customizado individualmente naqueles com quatro ou mais dos oito fatores de risco de queda, (2) o Programa de Exercício de Otago em pessoas > 80 anos e (3) um programa de segurança doméstica no subgrupo com uma queda anterior. Esses três achados foram de seis estudos que pontuaram > 75% no instrumento de Estudos Econômicos da Qualidade da Saúde. Conclusões: A melhor relação qualidade / preço advém de intervenções efetivas de fator único, como o Otago Exercise Program, que economizou em custos em adultos de 80 anos ou mais. Este programa tem ampla aplicabilidade garantindo, assim, um exame minucioso dos responsáveis pelas políticas de saúde.
Objetivos do estudo	Investigar o custo de estratégias para prevenir quedas em idosos que vivem na comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	· Os programas de treinamento de força e equilíbrio são baseados em evidências - não apenas para uma prevenção efetiva de quedas, mas também como uma escolha economicamente válida.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	· Treinamentos de força e equilíbrio obtiveram os melhores escores de avaliação de qualidade, impediram o maior número de quedas ao menor custo. o A razão de custo-eficácia incremental mais favorável e amplamente aplicável foi de £ 173 (a preços de 2008) por queda evitada para o Programa de Exercício de Otago, embora este ensaio tenha estado num ambiente de pesquisa. · Um programa multifatorial é custo-efetivo no grupo de indivíduos com quatro ou mais dos oito fatores de risco especificados para quedas. · O artigo também identifica que um programa de segurança domiciliar para os recém-saídos do hospital, se entregue ao subgrupo de participantes com queda anterior também é custo-efetivo. · A cirurgia de catarata foi a menos favorável com um custo (incorporando todos os custos de assistência médica, pessoal e cuidador) por queda evitada de £4732.

#	42
Referência	Huang ZG, Feng YH, Li YH, Lv CS. Systematic review and meta-analysis: Tai Chi for preventing falls in older adults. BMJ Open. 2017 Feb 6;7(2):e013661. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013661.
AMSTAR	10/11
Resumo traduzido	Conclusões: O Tai Chi é eficaz na prevenção de quedas em idosos. É provável que o efeito preventivo aumente com a frequência do exercício e o estilo Yang do Tai Chi parece ser mais eficaz do que o estilo Sun do Tai Chi.
Objetivos do estudo	Ainda não está claro se o Tai Chi é eficaz para prevenir quedas em adultos mais velhos. Nós realizamos esta revisão sistemática para avaliar o efeito preventivo do Tai Chi, atualizando as evidências mais recentes do estudo.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Tai Chi
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	reduziu significativamente o número de pessoas que caem (20%) e a taxa de quedas (31%)
Barreiras ou facilitadores	· O Tai Chi do estilo Yang versus o controle era provavelmente maior do que o efeito do estilo Sun de Tai Chi versus o controle. · O efeito preventivo do Tai Chi provavelmente aumentaria com a frequência do exercício.
Custo	NI

#	43
Referência	Simek EM, McPhate L, Haines TP. Adherence to and efficacy of home exercise programs to prevent falls: a systematic review and meta-analysis of the impact of exercise program characteristics. Prev Med. 2012 Oct;55(4):262-275. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.07.007.
AMSTAR	6/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Resultados. Níveis mais altos de aderência total foram encontrados em intervenções que continham exercícios de equilíbrio ou caminhada, apoio moderado em visitas domiciliares, intervenção entregue por um fisioterapeuta e nenhum treinamento de flexibilidade. Níveis mais altos de adesão parcial foram encontrados em intervenções que continham visita domiciliar ou suporte por telefone, uma abordagem de recrutamento de serviços de saúde dos participantes e nenhum treinamento em grupo. Nem a adesão total nem parcial às dosagens dos programas de exercícios domiciliares prescritos foi associada à eficácia da intervenção. Conclusão. A adesão ao exercício em casa para a prevenção de quedas em idosos é baixa e pode ser afetada pelas características do programa de exercícios em casa. Há ausência de evidências que vinculem a adesão à eficácia da intervenção.
Objetivos do estudo	Determinar se a adesão às intervenções de exercícios domiciliares para a prevenção de quedas em idosos está relacionada às características do programa de exercícios em casa e à eficácia da intervenção.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	- Exercícios em casa - Ao comparar intervenções domiciliares e em um lugar centralizado mutuamente exclusivas em idosos, maior adesão foi relatada em programas de exercícios domiciliares. - A manutenção de comportamentos de exercício é necessária para acessar os benefícios de saúde a longo prazo da atividade física
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	O artigo identifica alguns fatores que contribuem para a aderência total aos exercícios: - A inclusão do treinamento de equilíbrio. Por outro lado, menos participantes parecem aderir a programas que incluem treinamento de flexibilidade. Uma explicação pode ser que os participantes aderem a exercícios que acreditam ser mais eficazes na redução do risco de queda. - A inclusão de exercício de caminhada. No entanto, a pesquisa também indica que a presença de um programa de caminhada pode reduzir a eficácia da intervenção, já que taxas mais altas de queda foram encontradas em intervenções de exercícios que incluem um programa de caminhada (Sherrington et al., 2008), embora possa haver outros benefícios de saúde em participar de programas de caminhadas regulares, para além da questão das quedas. - Intervenções realizadas por fisioterapeutas. - Um nível moderado de apoio por meio de visitas domiciliares. o Consulta regular com um fisioterapeuta em comparação com o uso de uma brochura de exercício já foi encontrada anteriormente como associada ao aumento da adesão a programas de exercícios em casa em adultos (Freidich et al., 1996). No entanto, o fornecimento de suporte adicional aumenta o custo da prescrição do programa de exercícios. Além disso identifica fatores que permitem uma aderência parcial: - Quando a prescrição de exercícios em casa é resultado de um processo de recrutamento para um estudo através de um serviço de saúde. - Programas que incluem visita domiciliar ou suporte por telefone. - A ausência de um componente de exercício grupal.
Custo	NI

#	44
Referência	Smithson, J.; Garside, R.; Pearson, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. Inj Prev. 2011 Apr; 17(2): 119-126.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Resultados: Barreiras e facilitadores foram destacados nos níveis organizacional, ambiental e pessoal. O fornecimento efetivo de equipamentos de segurança envolve suporte contínuo com instalação e manutenção. A aceitação e o sucesso das intervenções depende do ajuste das intervenções de acordo com as limitações práticas e as expectativas culturais dos pais. Uma barreira específica era a incapacidade dos pais de modificar a acomodação alugada ou compartilhada. Conclusões: A revisão destaca as maneiras pelas quais as desigualdades em saúde afetam a aceitação e o sucesso de intervenções de segurança doméstica e como os profissionais de saúde podem usar esse conhecimento para facilitar futuras intervenções.
Objetivos do estudo	Esta revisão considera as barreiras e os facilitadores do sucesso das intervenções para reduzir as lesões não intencionais em crianças em casa, através do fornecimento e / ou instalação de equipamentos de segurança doméstica, e analisa as avaliações de risco.
Público-alvo	Crianças
Opção	3
Intervenções efetivas	· Provisão de equipamentos de segurança - o As intervenções precisam fornecer maneiras realistas para os pais manterem as crianças protegidas, por exemplo, em acomodações de baixa qualidade com espaço externo limitado, sem necessariamente restringir a liberdade das crianças de brincar e se desenvolver.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	A síntese encontrou barreiras e facilitadores para o sucesso das intervenções para reduzir as lesões infantis em casa nos níveis organizacional, físico e individual. Nível organizacional foi identificado que o êxito depende de: · suporte com instalação, · suporte contínuo para uso, · manutenção de equipamentos e verificações de segurança. No nível físico ou ambiental: · existem dificuldades para os pais que vivem em acomodações alugadas ou estendidas da família, com possibilidades limitadas de modificar seu ambiente. No nível individual: · as desigualdades em saúde decorrentes dos antecedentes culturais e socioeconômicos dos pais, a idade e a experiência afetam o sucesso ou o sucesso em longo prazo das intervenções de várias maneiras. - o O background cultural, especialmente para pais imigrantes com experiência em diferentes contextos parentais, levou a uma compreensão conflitante da segurança infantil entre pais e profissionais de saúde. Uma tensão particular foi notada entre a crença de que um bom pai monitora constantemente, ou implementa limites físicos, e a crença de que um bom pai ensina às crianças o comportamento apropriado. A revisão ainda indica outros dois fatores: · A desconfiança de funcionários e intervenções em algumas comunidades é uma barreira para a implementação efetiva de várias maneiras, incluindo a suspeita de equipamentos gratuitos. · As descobertas dessa síntese sugerem que, em contraste, mães em circunstâncias socioeconômicas difíceis geralmente trabalham muito duro para proteger seus filhos e são altamente propensas a se preocupar com lesões não intencionais e considerar o risco. O desafio para os provedores de intervenção é como aproveitar os esforços de salvaguarda das mães das formas mais apropriadas e realistas.
Custo	NI

#	45
Referência	Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Delbaere K, Cambier D, Denhaerynck K, Goemaere S, Wertelaers A, Dobbels F, Dejaeger E, Milisen K; Center of Expertise for Fall and Fracture Prevention Flanders. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Geriatr Soc. 2015 Feb;63(2):211-21.
AMSTAR	7/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	CONCLUSÃO: Esta meta-análise não conseguiu revelar um efeito significativo de intervenções de prevenção de quedas em quedas ou pessoas que caem, mas, pela primeira vez, mostrou que as intervenções de prevenção de queda reduziram significativamente o número de pessoas que caem de maneira recorrente em 21%
Objetivos do estudo	Determinar características e eficácia de programas de prevenção em resultados relacionados a quedas em um cenário definido.
Público-alvo	Idosos – em lares de idosos.
Opção	3
Intervenções efetivas	· Intervenções multifatoriais (uma abordagem multifatorial personalizada, conduzida por equipes multidisciplinares; inclui um componente de avaliação e adaptação ambiental; e teve um seguimento mínimo de 12 meses, conforme recomendado no ProFaNE.)
Intervenções inefetivas	· Nos lares de idosos intervenções simples e únicas não têm efeito ou podem ser prejudiciais.
Benefícios ou riscos	· intervenções multifatoriais tiveram um efeito significativo no número de quedas (33%) e quedas recorrentes (21%).
Barreiras ou facilitadores	· requer uma grande quantidade de tempo e esforço
Custo	NI

#	46
Referência	Martins, AC; Santos, C; Silva, C; Baltazar, D; Moreira, J.; Tavares, N. Does modified Otago Exercise Program improves balance in older people? A systematic review. Preventive Medicine Reports 11 (2018) 231–239.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Formatos modificados de OEP incluíram exercícios de equilíbrio vestibular ou multissensorial adicionais, realidade aumentada, exercício em grupo e formato de entrega de DVD (em grupo ou individual). Em geral, todos os estudos que utilizaram formatos modificados em OEP relataram melhorias no equilíbrio e capacidade funcional. No entanto, ainda não está claro se é tão eficaz quanto o OEP original e qual formato modificado é mais eficaz.
Objetivos do estudo	Intervenções de exercício focadas em força e equilíbrio são eficazes para a prevenção de quedas em pessoas idosas, no entanto, a adesão ao exercício é muitas vezes um problema. Programas de intervenção sob medida são recomendados para atender às preferências da pessoa e aumentar a conformidade. O Otago Exercise Program (OEP) é o programa de prevenção de quedas mais disseminado e é prescrito individualmente em casa. O objetivo deste estudo foi identificar os formatos modificados da OEP e investigar seus efeitos no equilíbrio quando comparados à sua forma original de entrega.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Formatos modificados do Otago Exercise Program, entregue: - o por vídeo / DVD (indivíduo em casa ou em grupo), - o como aulas em grupo de exercícios / ou exercícios em casa. Também é possível contar com exercícios adicionais baseados em casa, suplementando as sessões do grupo OEP. - o como OEP com exercícios de equilíbrio multissensorial suplementar - o como Otago de realidade aumentada.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· benéfico para melhoria do funcionamento físico (especialmente nos resultados de equilíbrio) · Quando aplicado em diferentes contextos, o OEP modificado também mostrou uma boa aceitação, atendeu às expectativas dos participantes e melhorou a participação social (intervenções em grupo). · o exercício em sala de aula pode trazer benefícios psicológicos e sociais adicionais a um programa de prevenção de quedas. Para alguns autores, o OEP em grupo é consistente com as melhores práticas em saúde pública, porque é mais efetivo para capacitar as pessoas a promover sua saúde, diminuir os custos e alcançar uma longa adesão ao exercício em comparação com uma abordagem individual. · Formatos modificados em OEP (mais ou menos baseados em tecnologia) podem ser recursos valiosos se contribuírem para um programa de prevenção de quedas mais interativo, viável e personalizado.
Barreiras ou facilitadores	· Uma barreira consiste em que os exercícios tomam tempo para dar resultado, e esses podem sofrer com baixa adesão. Este estudo mostrou que, mesmo dentro dos formatos modificados do OEP, a obediência ao exercício é uma preocupação, com o número de desistências chegando a 30%. As adaptações neurofisiológicas obtidas com o exercício só podem ser mantidas em programas de exercícios sustentados de longo prazo. · Os idosos em risco de cair podem se beneficiar de intervenções baseadas em tecnologia para melhorar o funcionamento físico e pode ser uma solução para aumentar a adesão ao exercício. · Além do funcionamento físico, a decisão sobre qual programa oferecer pode depender de muitas características (facilitadores ou barreiras), como geografia (por exemplo, urbana versus rural), preferências individuais, autoeficácia para o exercício, alfabetização tecnológica, recursos disponíveis, necessidades dos pacientes para exercícios personalizados e a necessidade de mais supervisão e / ou socialização. De acordo com a literatura, o cumprimento e o sucesso de um programa de exercícios depende principalmente das características do programa e de fatores pessoais, como o nível de autoeficácia geral.
Custo	NI

#	47
Referência	Olij BF, Ophuis RH, Polinder S, van Beeck EF, Burdorf A, Panneman MJM, Sterke CS. Economic Evaluations of Falls Prevention Programs for Older Adults: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2018 Oct 16. doi: 10.1111/jgs.15578.
AMSTAR	7/11
Resumo traduzido	CONCLUSÃO: A maioria dos ICERs (razões incrementais de custo-efetividade) relatados indicaram que os programas de prevenção de quedas foram custo-efetivos, mas as diferenças metodológicas entre os estudos dificultaram a comparação direta do custo-efetividade dos tipos de programa. Os resultados implicam que investir em programas de prevenção de quedas para adultos com 60 anos ou mais é custo-efetivo. Programas de avaliação domiciliar (ICERs <\$ 40.000 / QALY(anos de vida ajustados pela qualidade)) foram o tipo de programa mais custo-efetivo para idosos da comunidade, e programas de ajuste de medicação (ICERs <\$ 13.000 / QALY) foram o tipo de programa mais custo-efetivo para idosos em uma instalação de cuidados residenciais.
Objetivos do estudo	Fornecer uma visão abrangente das avaliações econômicas de programas de prevenção de quedas e avaliar a metodologia e a qualidade desses estudos.
Público-alvo	idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	· Os programas de avaliação domiciliar e de revisão de medicamentos são frequentemente programas com interação única, enquanto os programas de exercícios e multifatoriais consistem em várias aulas ou compromissos.
Custo	· Os programas de avaliação domiciliar são o tipo de programa com melhor relação custo-benefício para idosos residentes na comunidade; · os programas de ajuste de medicação são os mais eficazes em termos de custos para idosos que residem em instituições de cuidados residenciais; · Quando foi aplicado um limiar de WTP (vontade de pagar) de \$ 100.000, a maioria dos demais tipos de programa (exercício, multifatorial, outros) também eram custo-efetivos.

#	48
Referência	Kendrick D, Smith S, Sutton AJ, Mulvaney C, Watson M, Coupland C, Mason-Jones A. The effect of education and home safety equipment on childhood thermal injury prevention: meta-analysis and meta-regression. <i>Inj Prev.</i> 2009 Jun;15(3):197-204. doi: 10.1136/ip.2008.020677.
AMSTAR	9/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	Conclusões: A educação em segurança domiciliar, especialmente com o fornecimento de equipamentos de segurança, é eficaz na melhora de algumas práticas de prevenção de lesões térmicas, mas não há evidências suficientes para mostrar se isso também reduz as taxas de lesões.
Objetivos do estudo	Avaliar se a educação em segurança no lar e a provisão de equipamentos de segurança aumentam as práticas de prevenção de lesões térmicas ou reduzem as taxas de lesões térmicas e se o efeito das intervenções difere por grupo social.
Público-alvo	Crianças e jovens (0-19 anos)
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· educação de segurança em casa
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· aumenta a proporção de famílias que têm uma temperatura segura da água quente da torneira e um alarme de fumaça funcional, e houve alguma evidência de que pode ser eficaz em aumentar o uso de guardas de incêndio. · Ao mesmo tempo não há evidências de que a educação para a segurança doméstica aumente a posse de extintores de incêndio, ajude os pais a manter os fósforos e isqueiros ou alimentos e bebidas quentes fora do alcance ou reduza as taxas de lesões térmicas. · Embora as intervenções que analisamos melhorem as práticas de prevenção de lesões térmicas, não conseguimos demonstrar uma redução nas taxas de lesões.
Barreiras ou facilitadores	· Os tamanhos dos efeitos pareciam ser maiores, onde o equipamento de segurança era fornecido, além da educação, e em períodos de tempo mais curtos.
Custo	NI

#	49
Referência	Achana, FA; Sutton, AJ; Kendrick, D; Wynn, P; Young, B; Jones, DR; Hubbard, J; Cooper, NJ. The Effectiveness of Different Interventions to Promote Poison Prevention Behaviours in Households with Children: A Network Meta-Analysis. PLoS One. 2015; 10(4): e0121122.
AMSTAR	9/11
Resumo traduzido	Resultados: 28 dos 47 estudos primários identificados foram incluídos na análise. Em comparação com a intervenção de cuidados habituais, a intervenção com elementos de educação e equipamentos de baixo custo / gratuitos foi mais eficaz na promoção de armazenamento seguro de medicamentos ... enquanto intervenções com educação, equipamentos de baixo custo / gratuitos, inspeção domiciliar e componentes de encaixe foram mais eficazes na promoção do armazenamento seguro de outros produtos domésticos..., armazenamento seguro de venenos... e posse do número de PCC... . Nenhum pacote de intervenção foi mais eficaz do que os outros na promoção do armazenamento seguro de plantas venenosas. Conclusão As intervenções mais eficazes variaram pela prática de prevenção de veneno, mas a educação por si só não foi a intervenção mais eficaz para qualquer prática de prevenção de veneno. Os comissários e os provedores de intervenções de prevenção de envenenamento devem adaptar as intervenções que eles promovem ou fornecem às práticas de prevenção de envenenamento que desejam promover.
Objetivos do estudo	Nosso objetivo é usar a metanálise de rede para avaliar simultaneamente a efetividade de diferentes intervenções para aumentar a prevalência de armazenamento seguro de i) Medicamentos apenas, ii) Outros produtos domésticos somente, iii) Venenos (tanto medicamentos como não medicamentos), iv) Plantas venenosas; e v) Posse do número de telefone do centro de controle de intoxicações (PCC) em domicílios com crianças.
Público-alvo	Crianças
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· A educação e o equipamento de baixo custo / gratuito foram mais eficazes na promoção do armazenamento seguro de medicamentos. · A educação, o equipamento de baixo custo / gratuito, a inspeção e adequação de segurança em casa foram os mais eficazes para promover o armazenamento seguro de produtos domésticos e venenos. · A educação, o equipamento de baixo custo / gratuito e a inspeção residencial foram os mais eficazes para promover a posse de um número de centro de controle de intoxicação. · Nenhum dos pacotes de intervenção foi mais eficaz do que os outros na promoção de armazenamento seguro de plantas venenosas.
Intervenções inefetivas	· Intervenções mais intensivas de prevenção de intoxicação foram mais eficazes do que a educação sozinha.
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	50
Referência	Jensen L, Padilla R. Effectiveness of Environment-Based Interventions That Address Behavior, Perception, and Falls in People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2017 Sep/Oct;71(5):7105180030p1-7105180030p10. doi: 10.5014/ajot.2017.027409.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	Fortes evidências indicam que abordagens centradas na pessoa podem melhorar o comportamento. Evidências moderadas apoiam a regulação do ruído, o design ambiental, barreiras visuais discretas e estratégias de realocação ambiental para reduzir comportamentos problemáticos. As evidências são insuficientes para a eficácia da música ambiente nas refeições, luz brilhante, estímulo proprioceptivo, perambulação de jardins, estratégias ópticas e dispositivos sensoriais para melhorar o comportamento ou reduzir as perambulações e as quedas.
Objetivos do estudo	Esta revisão sistemática avaliou a eficácia de intervenções baseadas no ambiente que abordam o comportamento, percepção e quedas em casa e outros ambientes para pessoas com doença de Alzheimer (DA) e principais distúrbios neurocognitivos relacionados.
Público-alvo	Idosos – com distúrbios neurocognitivos
Opção	3
Intervenções efetivas	Evidências fortes ou moderadas apoiam as seguintes intervenções baseadas no meio ambiente: · Intervenções centradas na pessoa, individualizadas e baseadas no ambiente, para melhorar o comportamento durante a duração da intervenção. · Salas projetadas para o propósito pretendido (isto é, privacidade e personalização de quartos residentes e ambiente familiar para salas de estar e salas de jantar) para melhorar comportamentos · música ambiente para melhorar o comportamento em momentos que não sejam as refeições · Intervenções multissensoriais para melhorias comportamentais de curto prazo · Regulação do nível de ruído ambiental a um nível moderado para melhorar o comportamento · Maçanetas ocultas ou pintadas, murais nas portas ou persianas ou barreiras de tecido nas portas para reduzir tentativas de saída · Princípios de design ambiental de murais e outras obras de arte nas paredes, corredores em forma de L e bom acesso visual para melhorar a percepção. · Dispositivos de monitoramento para prevenção de quedas usados em casa (como dispositivos para monitorar a entrada e saída do quarto e do banheiro).
Intervenções inefetivas	· música ambiente é ineficaz na redução de quedas
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	51
Referência	Cao PY, Zhao QH, Xiao MZ, Kong LN, Xiao L. The effectiveness of exercise for fall prevention in nursing home residents: A systematic review meta-analysis. J Adv Nurs. 2018 Nov;74(11):2511-2522. doi: 10.1111/jan.13814.
AMSTAR	9/11
Resumo traduzido	Conclusões: Os resultados da revisão sistemática e meta-análise sugeriram que o exercício não desempenhou um papel na prevenção de quedas. Mais estudos com amostras de alta qualidade e maiores são necessários para apoiar ou contrariar os resultados.
Objetivos do estudo	Determinar a eficácia do exercício na prevenção de quedas em residentes de asilos.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	· o exercício não reduziu a incidência de quedas em residentes de asilos.
Benefícios ou riscos	Os autores discutem os benefícios e riscos dos exercícios. · Em relação ao mecanismo de exercício na prevenção de quedas, algumas ideias fazem sentido. Exercício ajudou a melhorar o equilíbrio, protegendo contra quedas e reagindo a quedas, mantendo a função neuromuscular (Shimada et al. 2009). · No entanto, o exercício pode aumentar o risco de quedas de várias maneiras. O exercício pode levar a um maior nível de atividade física do que o habitual, o que implica uma maior exposição a situações de risco (Graafmans et al. 2003). · Enquanto isso, o exercício por idosos frágeis pode aumentar o nível de atividade física diária não intencional e uma redução no uso de auxílio para caminhar, devido à melhoria da eficácia de prevenção de quedas por intervenção de exercícios (Kendrick et al. 2014, McMurdo e Rennie 1993, Fiatarone et al., 1994). · Assim, o equilíbrio desses efeitos contrastantes deu uma explicação possível de nossos resultados: de que o exercício não teve um efeito positivo na prevenção de quedas, mas melhorou a mobilidade e fortaleceu o equilíbrio por meio da transformação da marcha.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	52
Referência	Fernández-Argüelles EL, Rodríguez-Mansilla J, Antunez LE, Garrido-Ardila EM, Muñoz RP. Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: a systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Jan-Feb;60(1):1-8. doi: 10.1016/j.archger.2014.10.003.
AMSTAR	8/11
Resumo traduzido	Embora os estudos selecionados tenham mostrado efeitos positivos sobre o risco de queda relacionados a fatores (equilíbrio, marcha e mobilidade dinâmica, força e desempenho físico), alguns aspectos dos estudos, como a qualidade metodológica, o pequeno tamanho da amostra, a falta de homogeneidade em relação às variáveis e aos instrumentos de mensuração, e a diversidade existente em relação ao desenho do estudo e ao tipo de dança, que não nos permitem confirmar que a dança tem benefícios significativos sobre esses fatores com base na evidência científica.
Objetivos do estudo	O objetivo deste artigo é revisar sistematicamente a literatura científica para identificar os efeitos terapêuticos da dança como uma modalidade de exercício físico sobre equilíbrio, flexibilidade, marcha, força muscular e desempenho físico em idosos.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	· Dança (evidências insuficientes)
Benefícios ou riscos	· O estudo mostra melhoras no equilíbrio, marcha e mobilidade dinâmica, força e desempenho físico, no entanto as limitações existentes não permitem chegar a conclusões sobre a efetividade da dança.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	53
Referência	Nguyen H, Mirza F, Naeem MA, Baig MM. Falls management framework for supporting an independent lifestyle for older adults: a systematic review. Aging Clin Exp Res. 2018 Nov;30(11):1275-1286. doi: 10.1007/s40520-018-1026-6.
AMSTAR	5/10
Resumo traduzido	Como resultado desta revisão, postulamos uma estrutura de gerenciamento de quedas (FMF). A FMF considerou estratégias pré e pós-queda para apoiar os idosos a viverem de forma independente. Uma parte dessa abordagem envolveu a análise ativa dos dados dos sensores, com o objetivo de ajudar os idosos a gerenciar o risco de queda e permanecerem seguros em suas casas. A FMF teve como objetivo atender os pesquisadores, desenvolvedores, clínicos e formuladores de políticas com estratégias de gestão pré e pós-quedas para melhorar a vida independente e o bem-estar dos idosos.
Objetivos do estudo	Esta pesquisa analisa sistematicamente as aplicações tecnológicas relacionadas à detecção de quedas e gestão de quedas.
Público-alvo	Idosos
Opção	1
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· Sensores de movimento são capazes de obter informações sobre a marcha, o equilíbrio e a posição do paciente para identificar as experiências de queda. Estes sistemas são baratos, fáceis de configurar e operar, no entanto, alguns deles são inconvenientes para os usuários, porque os usuários são obrigados a usar os sensores o tempo todo de uma certa maneira. · As principais vantagens dos sistemas sensíveis ao contexto sobre os sistemas de sensores vestíveis são eliminar a necessidade de usar sensores o tempo todo e evitar a ansiedade de esquecer de transportar sensores. No entanto, existem limitações, como a cobertura espacial de sensores de ambiente instalados e a privacidade do usuário, o que faz com que eles se sintam observados o tempo todo.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	54
Referência	Pritchard E, Brown T, Lalor A, Haines T. The impact of falls prevention on participation in daily occupations of older adults following discharge: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil. 2014;36(10):787-96. doi: 10.3109/09638288.2013.814720.
AMSTAR	9/11
Resumo traduzido	Conclusões: Os achados da metanálise indicam que existe uma associação causal entre as intervenções de quedas e a participação em ocupações cotidianas com idosos após a alta. Embora o tamanho do efeito seja pequeno, as implicações práticas deste estudo sugerem que a participação (definida como "Engajamento em situações da vida") precisa ser considerada em futuras pesquisas de prevenção de quedas.
Objetivos do estudo	Investigar o impacto de programas de intervenção em quedas na participação de idosos que voltam para casa após a alta hospitalar.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Exercícios físicos integrados nas rotinas da vida cotidiana.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· A adesão de longo prazo às atividades de prevenção de quedas é vital para manter os benefícios a longo prazo.
Barreiras ou facilitadores	· Fatores previamente encontrados para contribuir para a baixa adesão a intervenções de prevenção de quedas com base em exercícios incluem exercícios que são estranhos, dolorosos ou cansativos, não agradáveis, ou a pessoa não tem motivação para continuar com o programa. · Se a adesão às intervenções de prevenção de quedas é improvável com os idosos a longo prazo, então é necessário considerar a prevenção de quedas e a promoção da participação de uma perspectiva diferente. Isso pode incluir estratégias ligadas a ocupações cotidianas que tenham significado e importância para o idoso, aumentando assim a motivação para a continuidade, além de fornecer benefícios fisiológicos semelhantes ao exercício incidental. o A integração do exercício nas rotinas da vida cotidiana pode ser uma maneira de aumentar a participação ao mesmo tempo em que aborda quedas em pessoas idosas na comunidade.
Custo	· Podem existir limitações para o financiamento desses tipos de intervenções, que ocorrem em alguns programas de reabilitação comunitária de terapia ocupacional, mas podem não estar disponíveis para todos os clientes idosos.

#	55
Referência	Hill KD, Hunter SW, Batchelor FA, Cavalheri V, Burton E. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. <i>Maturitas</i> . 2015 Sep;82(1):72-84. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.005.
AMSTAR	8/11
Resumo traduzido	Os resultados da meta-análise para os cinco estudos que relatam número de pessoas que caem não encontraram efeito significativo da intervenção, embora quando uma análise de sensibilidade foi realizada com um estudo de participantes recentemente dispensados do hospital removido, esse resultado foi significativo. A meta-análise também descobriu que a intervenção levou a melhorias significativas na atividade física, equilíbrio, mobilidade e força muscular. Não houve diferenças significativas para medidas de quedas prejudiciais ou fraturas.
Objetivos do estudo	O objetivo deste artigo foi revisar a eficácia de programas de exercícios caseiros individualizados (adaptados) na redução de quedas e na melhoria do desempenho físico entre pessoas idosas que vivem na comunidade.
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· programas de exercícios individualizados em casa
Intervenções inefetivas	· a abordagem não é efetiva para grupos de alto risco (como idosos que voltaram para casa depois de se recuperar de um problema de saúde agudo), os quais requerem uma abordagem multifatorial
Benefícios ou riscos	· Redução do número de pessoas que caem · melhora na atividade física (PASE), equilíbrio (alcance funcional), força do quadríceps e desempenho nos testes de sentar e levantar. o não houve diferenças significativas nos outros resultados, incluindo quedas prejudiciais, fraturas e outras medidas de equilíbrio
Barreiras ou facilitadores	· Programas individualizados de exercícios domiciliares têm benefícios sobre as abordagens de exercícios em grupo, incluindo a adaptação do exercício às necessidades individuais e preferências de estilo de vida, autonomia do participante, flexibilidade no tempo de exercício, capacidade de interromper o exercício ao longo do dia, baixo custo para o indivíduo, e não há necessidade de viajar. · Programas inovadores como o programa LiFE (Lifestyle integrated Functional Exercise) também visaram romper com o conceito de tempo de exercício formal, para estruturar o exercício em torno de atividades da vida diária, espalhadas ao longo do dia. · Fatores que influenciam níveis mais altos de adesão total ou parcial a programas de exercícios domiciliares incluem programas com exercícios de equilíbrio ou caminhada, níveis moderados de apoio domiciliar, fisioterapeutas orientando a intervenção e tendo visita domiciliar ou suporte telefônico. · Uso de reavaliação intermitente e feedback aos participantes, registrando métodos de participação que são revisados de forma intermitente (por exemplo, diários de exercícios), estruturando os exercícios com preferências de estilo de vida do indivíduo, vendo um efeito percebido do programa em saúde mental e a criação de autonomia dos participantes também pode ajudar a melhorar a participação. · Há também algumas limitações para os programas domiciliares, incluindo a necessidade de uma forte autodisciplina para aderir ao programa e a falta de um elemento social do programa.
Custo	É considerada uma estratégia de baixo custo.

#	56
Referência	Barcelos RS, Del-Ponte B, Santos IS J. Interventions to reduce accidents in childhood: a systematic review. <i>Pediatr (Rio J)</i> . 2018 Jul - Aug;94(4):351-367. doi: 10.1016/j.jped.2017.10.010.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	As lesões traumáticas na infância são passíveis de prevenção primária por meio de estratégias que levem em conta a idade e o nível de desenvolvimento da criança, bem como aspectos estruturais do ambiente.
Objetivos do estudo	Revisar a literatura sobre intervenções planejadas para evitar a incidência de lesões na infância.
Público-alvo	Crianças
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· O aconselhamento familiar, mudanças no ambiente domiciliar e a identificação de fatores de risco, de acordo com o estágio de desenvolvimento infantil e hábitos comportamentais comuns ao período etário, foram fatores importantes para a elaboração de intervenções efetivas na prevenção de acidentes infantis. · A casa e a escola são locais de alto risco para acidentes, pois são os ambientes mais frequentados por crianças, mas também um local ideal para intervenções preventivas, pois estão adaptados ao contexto em que os fatores de risco são encontrados. Os fatores de risco mais comumente abordados para prevenção de acidentes domiciliares foram aqueles identificados em estudos etiológicos anteriores de acidentes infantis, como a presença de beliches, fogões, escadas, tomadas elétricas e produtos tóxicos de fácil acesso; no ambiente escolar, brinquedos e playgrounds.
Intervenções inefetivas	· A distribuição de dispositivos de segurança, sem um componente educacional oferecido por um profissional treinado.
Benefícios ou riscos	· redução de fatores de risco para acidentes, · diminuição do número de atendimentos médicos por acidentes, · menor frequência de comportamentos de risco e · maior conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes na infância.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	57
Referência	Guo JL, Tsai YY, Liao JY, Tu HM, Huang CM. Interventions to reduce the number of falls among older adults with/without cognitive impairment: an exploratory meta-analysis. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> . 2014 Jul;29(7):661-9. doi: 10.1002/gps.4056.
AMSTAR	4/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	O estudo chega à conclusão de que a intervenção por meio de exercícios pode ser efetiva para os diferentes grupos de idosos analisados, seja que vivam em casa ou em asilo e mesmo no caso em que tenham algum comprometimento cognitivo. Além disso, há algumas intervenções que beneficiam apenas alguns grupos.
Objetivos do estudo	Examinar e comparar as intervenções eficazes para prevenir quedas entre idosos institucionalizados / não institucionalizados sem /com comprometimento cognitivo.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3
Intervenções efetivas	- Exercícios físicos para todos os grupos de idosos - Para reduzir o risco de quedas entre adultos mais velhos sem problemas cognitivos e que vivam em suas próprias casas: suplementação de Vitamina D e cálcio, visitas aos lares por um profissional, e mudança do ambiente. - Para idosos em asilos com dificuldades cognitivas se mostraram efetivas: intervenções multifatoriais relacionadas a exercícios
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	exercícios físicos são capazes de reduzir significativamente o número de quedas
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	58
Referência	Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J, Stein K. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. <i>BMC Geriatr</i> . 2014; 14: 15.
AMSTAR	8/11 (McMaster Forum)
Resumo traduzido	A revisão sistemática indica que é vantajoso utilizar uma abordagem com vários componentes para abordar as quedas de idosos, no entanto não determina uma combinação em específico. O estudo indica que o importante é contar com múltiplos componentes que abordem uma população de interesse, ao invés de abordar fatores de riscos dos indivíduos, como faz uma abordagem multifatorial.
Objetivos do estudo	Determinar o efeito de intervenções de múltiplos componentes nas taxas de quedas, no número de pessoas que caem e nas lesões relacionadas à queda entre pessoas mais velhas e determinar o alcance do efeito produzido por combinações específicas de intervenção.
Público-alvo	Idosos

Opção	1/2/3/4
Intervenções efetivas	· abordagem multicomponente. O artigo não foi capaz de identificar uma combinação especialmente efetiva, no entanto o exercício físico, em geral, esteve presente.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· as intervenções de múltiplos componentes foram eficazes na redução do número de pessoas que caem e da taxa de quedas, mas ainda não está claro quais são os benefícios da prevenção de lesões relacionadas a quedas.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	· A abordagem multifatorial requer um investimento muito maior, por contar com uma avaliação dos fatores de risco individuais, no entanto não há ganhos de benefícios significativos se comparado com abordagem multicomponente, que é dessa forma mais barata.

#	59
Referência	Hubbard S, Cooper N, Kendrick D, Young B, Wynn PM, He Z, Miller P, Achana F, Sutton A. Network meta-analysis to evaluate the effectiveness of interventions to prevent falls in children under age 5 years. Inj Prev. 2015 Apr;21(2):98-108. doi: 10.1136/injuryprev-2013-041135.
AMSTAR	8/11
Resumo traduzido	O artigo busca analisar como reduzir as quedas entre crianças até 5 anos. Nesse sentido são encontradas evidências sobre como favorecer o uso e posse de portões de escada e na redução do uso de andadores. Não foi possível chegar a conclusões sobre como aumentar a posse de travas de janelas, como evitar que as crianças fiquem em superfícies elevadas, e em como reduzir na posse e uso de tapetes de banho.
Objetivos do estudo	Avaliar a eficácia de intervenções para aumentar a posse de equipamentos de segurança ou para prevenir quedas em crianças menores de 5 anos de idade em casa.
Público-alvo	Crianças (menores de 5 anos)
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· Educação, oferecimento de equipamentos gratuitos ou a baixo custo e inspeção de segurança em casa para aumentar a posse de portões de escada · Educação apenas para reduzir o uso e a posse do andador de bebê
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	60
Referência	Pearson M, Garside R, Moxham T, Anderson R. Preventing unintentional injuries to children in the home: a systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. Health Promot Int. 2011 Sep;26(3):376-92. doi: 10.1093/heapro/daq074.
AMSTAR	7/11
Resumo traduzido	Apesar de ter a intenção de discutir os diferentes equipamentos de segurança doméstica, o estudo chega apenas a conclusões sobre o uso de alarmes de fumaça. Nesse sentido, o artigo indica que os equipamentos devem ser fornecidos acompanhados de uma avaliação de risco nas casa e também ressalta a importância de que sejam estabelecidas relações de confiança com aqueles que receberão os equipamentos.
Objetivos do estudo	O estudo busca analisar a efetividade de equipamentos de segurança doméstica para prevenir acidentes com crianças menores de 15 anos.
Público-alvo	Crianças (até 15 anos)
Opção	3
Intervenções efetivas	Programas que conduziram uma avaliação de risco nas casas junto com a provisão de alarme de fumaça ou a instalação de uma válvula termostática
Intervenções inefetivas	Distribuição de alarmes de fumaça (apenas)
Benefícios ou riscos	Uma redução nas taxas de lesão ocorreu no seguimento de 12 meses, mas não foi mantida aos 36 meses.
Barreiras ou facilitadores	Facilitadores: - é importante contar com relações de confiança com os pais. Alguns fatores podem contribuir nesse sentido: - Que a intervenção conte com um componente educativo - Integrar as intervenções em programas de saúde mais amplos, onde relações de confiança são cultivadas - Tratar dos problemas que a comunidade identifica como importantes - no caso de itens que precisam de habilidades para ser instalados, é útil que seja oferecida a assistência para instalar os equipamentos. Barreiras: - Taxa de instalação dos equipamentos em casa decresce depois de 6 meses
Custo	NI

#	61
Referência	Rybarczyk MM, Schafer JM, Elm CM, Sarvepalli S, Vaswani PA, Balhara KS, Carlson LC, Jacquet GA. Prevention of burn injuries in low- and middle-income countries: A systematic review. Burns. 2016 Sep;42(6):1183-92. doi: 10.1016/j.burns.2016.04.014.
AMSTAR	4/10
Resumo traduzido	A maioria desses estudos demonstra reduções em comportamentos perigosos, incidência de queimaduras, morbidade e mortalidade por meio de programas educacionais, mas também destaca outras iniciativas, como campanhas de mídia, como estratégias eficazes.

Objetivos do estudo	Explorar a efetividade de estratégias de prevenção de queimaduras em países de renda média ou baixa.
Público-alvo	Geral
Opção	4
Intervenções efetivas	· a educação de grupos-alvo, especificamente de famílias, crianças em idade escolar e funcionários de indústrias de alto risco. - o também podem incluir dispositivos de segurança ou campanhas de mídia dependendo do grupo que está sendo estudado.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· redução de comportamentos potencialmente perigosos, bem como na incidência, morbidade e mortalidade por queimaduras em países de baixa e média renda.
Barreiras ou facilitadores	· facilita-se a implementação quando as intervenções são "pré-testadas" para a aceitabilidade social e cultural
Custo	NI

#	62
Referência	Moyer VA. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012 Aug 7;157(3):197-204.
AMSTAR	NA
Resumo traduzido	Os autores analisam diversos tipos de intervenção, no entanto só conseguem chegar a conclusões sobre os exercícios físicos e a suplementação de Vitamina D. Eles também indicam que utilizar uma abordagem multifatorial sem o devido acompanhamento posteriormente não é de grande benefício. Os autores fazem considerações sobre os riscos de utilizar essas intervenções, no entanto não encontram nada significativo.
Objetivos do estudo	O estudo busca analisar a efetividade de diferentes intervenções para prevenir quedas em idosos com mais de 65 anos.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2
Intervenções efetivas	· exercício ou fisioterapia para idosos que vivem em suas casas - o 3 categorias principais: marcha, equilíbrio ou treinamento funcional (incluindo um estudo sobre tai chi); força ou exercício de resistência; e exercício geral. · suplementação de vitamina D · avaliação clínica multifatorial com manejo abrangente
Intervenções inefetivas	· Avaliação clínica multifatorial com acompanhamento (follow-up) pouco abrangente
Benefícios ou riscos	· Exercícios físicos melhoram a força e o equilíbrio, reduzindo o risco de queda. · A suplementação de Vitamina D reduz o risco de queda contribuindo para o aumento da força muscular e do equilíbrio · O uso de uma abordagem multifatorial leva a uma pequena redução do risco de quedas comparado com as demais estratégias.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	63
Referência	Violano P, Bonne S, Duncan T, Pappas P, Christmas AB, Dennis A, Goldberg S, Greene W, Hirsh M, Shillinglaw W, Robinson B, Crandall M. Prevention of firearm injuries with gun safety devices and safe storage: An Eastern Association for the Surgery of Trauma Systematic Review. J Trauma Acute Care Surg. 2018 Jun;84(6):1003-1011. doi: 10.1097/TA.0000000000001879.
AMSTAR	7/10
Resumo traduzido	O artigo dá atenção ao uso de dispositivos de segurança e armazenamento seguro. Como resultado os autores veem resultados moderados com o uso de armazenamento seguro e resultados mais limitados com o uso de dispositivos de segurança.
Objetivos do estudo	O estudo busca discutir a efetividade de formas de armazenar armas de fogo para reduzir as lesões intencionais ou não que essas podem gerar.
Público-alvo	Geral
Opção	3
Intervenções efetivas	· Armazenar as armas de maneira segura - armas de fogo devem ser armazenadas trancadas, descarregadas e separadas da munição. · Uso de dispositivos de segurança de armas de fogo (bloqueios de gatilho, travas de cabos, etc.).
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	· Prevenir homicídio e suicídio dentro de casa
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	64
Referência	McPhate L, Simek EM, Haines TP. Program-related factors are associated with adherence to group exercise interventions for the prevention of falls: a systematic review. J Physiother. 2013 Jun;59(2):81-92. doi: 10.1016/S1836-9553(13)70160-7.
AMSTAR	7/11
Resumo traduzido	O estudo identifica três fatores que afetam a taxa de aderência de idosos a programas de exercício em grupo. A consideração desses fatores pode favorecer a elaboração de programas com maior aderência. O estudo também aponta que não foi encontrada uma relação entre aderência e prevenção de quedas, no entanto esse também indica possíveis explicações para isso.
Objetivos do estudo	O estudo busca responder as seguintes perguntas: Quais fatores estão associados à adesão de idosos a intervenções de exercícios em grupos para prevenção de quedas? Qual a relação entre adesão e eficácia na prevenção de quedas da intervenção?
Público-alvo	Idosos
Opção	2
Intervenções efetivas	· Exercícios em grupo

Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	O estudo identificou três fatores que influenciam a aderência programas de exercício em grupo: · Se os exercícios propostos buscam desenvolver a flexibilidade dos participantes, esses possuem uma menor aderência · Intervenções que se estendem por muitas semanas podem cansar os participantes ou fazer com que percam o interesse. · O estudo indica ainda que se as sessões de exercício ocorrem apenas duas vezes ou menos por semana, pode ocorrer que os participantes duvidem da eficácia do programa. Contatos mais frequentes por semana podem facilitar uma maior socialização entre os participantes aumentando os benefícios de participar no programa para além da prevenção de quedas.
Custo	NI

#	65
Referência	Cusimano MD, Parker N. Toppled television sets and head injuries in the pediatric population: a framework for prevention. J Neurosurg Pediatr. 2016 Jan;17(1):3-12. doi: 10.3171/2015.2.PEDS14472.
AMSTAR	4/10
Resumo traduzido	O artigo faz dois tipos de contribuições. Por uma parte, são identificados fatores relacionados às crianças, à televisão e àqueles que cuidam das crianças que podem levar a uma lesão. Por outra parte, são feitas sugestões com relação a como prevenir lesões pelo tombamento das televisões. No entanto, essas sugestões não estão baseadas em evidências quanto à sua efetividade.
Objetivos do estudo	O objetivo do estudo é formular guias para a prevenção de lesões causadas pelo tombamento de televisões que afeta crianças.
Público-alvo	Crianças 0-18 anos
Opção	3/4
Intervenções efetivas	· Pais, cuidadores, professores e profissionais da área médica devem ser instruídos sobre as estratégias que podem ser usadas para reduzir o risco de lesões na televisão. Essas estratégias incluem aumentar e melhorar a supervisão de crianças dentro de casa, restringir o jogo em torno de aparelhos de TV, ancoragem de TVs e suportes de TV, nunca colocar televisores em armários e outros móveis domésticos, selecionar suportes que sejam curtos com bases largas, TVs o mais longe possível da borda do suporte, e nunca colocando objetos desejáveis para crianças em cima da TV.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	NI
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	NI

#	66
Referência	Dillon L, Clemson L, Ramulu P, Sherrington C, Keay L. A systematic review and meta-analysis of exercise-based falls prevention strategies in adults aged 50+ years with visual impairment. <i>Ophthalmic Physiol Opt.</i> 2018 Jul;38(4):456-467. doi: 10.1111/opo.12562.
AMSTAR	5/11
Resumo traduzido	Apesar de algumas possibilidades serem discutidas pelo artigo, não foi possível identificar uma intervenção de eficácia comprovada para prevenir a queda de adultos com mais de 50 anos e que possuem visão prejudicada.
Objetivos do estudo	Determinar o impacto do exercício ou treinamento físico em quedas ou função física em pessoas com mais de 50 anos com visão prejudicada
Público-alvo	Adultos maiores de 50 anos com visão prejudicada.
Opção	2
Intervenções efetivas	NI
Intervenções inefetivas	· O programa de exercícios de Otago, a técnica de Alexander, o Tai Chi, a terapia de yoga baseada em Ashtanga e o exercício multimodal.
Benefícios ou riscos	· Melhoras na condição físicas, no entanto sem mudanças expressivas nas quedas.
Barreiras ou facilitadores	· Uma barreira relevante é a aderência aos programas de exercício físico. · Outra barreira é a percepção limitada de perigo · Um facilitador que pode favorecer a efetividade da intervenção é se essa é realizada por um especialista em mobilidade
Custo	· Seguindo a argumentação do artigo seria necessário contar com um especialista em mobilidade para poder ser efetivo na intervenção, o que implicaria custos elevados.

#	67
Referência	Zhang XY, Shuai J, Li LP. Vision and Relevant Risk Factor Interventions for Preventing Falls among Older People: A Network Meta-analysis. <i>Sci Rep.</i> 2015 May 28;5:10559. doi: 10.1038/srep10559.
AMSTAR	6/11
Resumo traduzido	O artigo analisa a efetividade de diferentes combinações de intervenções, mantendo a intervenção na visão constante. São consideradas adicionalmente intervenções de exercício, de modificações no ambiente do lar, de sensibilidade, de audição e de vários fatores de risco. Como resultado se identifica que a mais efetiva é a intervenção de visão combinada com a avaliação e intervenção em vários fatores de risco. E que intervir unicamente na visão é pouco efetivo.
Objetivos do estudo	Determinar o efeito da intervenção na visão e combinações de diferentes componentes de intervenção na prevenção de quedas e lesões relacionadas a quedas entre pessoas idosas.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3

Intervenções efetivas	1a: Intervenção de visão + avaliação e intervenção em vários fatores de risco 2a: Intervenção de visão + exercícios físicos 3a: Intervenção de visão + exercícios físicos + modificações no ambiente do lar (As intervenções na visão podem incluir, avaliação por oculista, adequação de óculos, ou intervenções cirúrgicas - como de catarata)
Intervenções inefetivas	Realizar apenas intervenções na visão
Benefícios ou riscos	Redução na incidência de quedas.
Barreiras ou facilitadores	NI
Custo	Por requerer uma avaliação de especialistas, tendem a ser intervenções mais caras

#	68
Referência	Hill KD, Suttanon P, Lin SI, Tsang WWN, Ashari A, Hamid TAA, Farrier K, Burton E. What works in falls prevention in Asia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Geriatr. 2018 Jan 5;18(1):3. doi: 10.1186/s12877-017-0683-1.
AMSTAR	7/11
Resumo traduzido	As abordagens de exercício tem se mostrado mais efetivas
Objetivos do estudo	Avaliar o alcance e a eficácia dos ensaios clínicos randomizados controlados (ECRs) de prevenção de quedas da região asiática.
Público-alvo	Idosos
Opção	1/2/3/4
Intervenções efetivas	- Intervenções com exercícios físicos, particularmente Tai Chi - Suplementação com vitamina K2, vitamina D2 e cálcio para mulheres com provável doença de Alzheimer - Intervenção multifatorial para pacientes pós-cirurgia no quadril.
Intervenções inefetivas	NI
Benefícios ou riscos	Redução nas quedas
Barreiras ou facilitadores	Dedicar mais horas ao exercício favorece os resultados
Custo	NI

ANEXO I - PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM CRIANÇAS - ONG CRIANÇA SEGURA*

Engasgo com brinquedos

PREVENÇÃO DE ENGASGO

Engasgo por alimento

- Corte os alimentos em pedaços bem pequenos na hora de alimentar a criança;
- Não dê alimentos redondos e duros, como uvas, pipoca, cenoura crua e nozes para crianças;
- Ensine a criança a comer sentada e com a boca fechada. Isso ajudará a prevenir que a criança tente falar e comer ao mesmo tempo;

Momento de dormir

- Use berços certificados pelo Inmetro e que sigam as normas de segurança da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas);
- Verifique se as grades de proteção do berço estão fixas e se a distância entre elas não é maior do que 6 cm;
- Bebês devem dormir em colchão firme, de barriga para cima, cobertos até a altura do peito com lençol ou manta presos embaixo do colchão e os bracinhos para fora. O colchão deve estar bem preso ao berço (não mais que dois dedos de espaço entre o berço e o colchão) e sem qualquer embalagem plástica;
- Remova do berço todos os brinquedos, travesseiros, cobertores, protetor de berço e qualquer outro objeto macio quando o bebê estiver dormindo. Isso ajuda a reduzir o risco de asfixia;
- Adultos devem evitar dormir com bebês. Caso escolham dividir a cama, devem tomar precauções especiais, que incluem a remoção de travesseiros, edredons e qualquer outra roupa de cama macia. Devem, também, evitar o uso de bebidas alcoólicas;

- Ao escolher os brinquedos para uma criança, considere sua idade, interesse e nível de habilidade. Siga as recomendações do fabricante e procure brinquedos com selo do Inmetro;
- Brinquedos para crianças maiores podem ser perigosos para as menores e devem ser guardados separadamente;
- Inspeção regularmente os brinquedos à procura de danos que podem resultar em algum acidente enquanto a criança os manuseia. Observe se alguma parte pequena pode se soltar, se existem pontas afiadas ou arestas. Caso encontre algum problema, conserte o brinquedo imediatamente ou mantenha-o fora do alcance da criança;
- Evite utilizar balões de látex (bexigas). Se realmente precisar utilizá-los, guarde-os fora do alcance das crianças e supervise-as durante toda a brincadeira. Não permita que crianças encham balões e tenha muito cuidado com os pedaços de bexigas estouradas, pois podem ser acidentalmente ingeridos pelas crianças e ocasionar sérias consequências. Após o uso, esvazie as bexigas e descarte-as juntamente com eventuais pedaços;

Estrangulamento com cordões e tiras

- Brinquedos e roupas com correntes, tiras e cordas com mais de 15 cm devem ser evitados para reduzir o risco de estrangulamento;
- Nunca deixe que as crianças brinquem em parquinhos usando colares, bolsas ou roupas com cordões;

*<https://criancasegura.org.br>

- Considere a compra de cortinas ou persianas sem cordas para evitar que crianças menores corram o risco de estrangulamento;

Ambiente doméstico

- Mantenha o piso livre de objetos pequenos como botões, colar de contas, bolas de gude, moedas, tachinhas. Tire esses e outros pequenos itens do alcance de crianças;
- Mantenha sacolas plásticas longe do alcance de bebês e crianças;
- Aprenda a utilizar um testador para determinar quais objetos pequenos oferecem risco de engasgamento para crianças de até quatro anos. Para isso, use uma embalagem plástica de filme fotográfico como referência, pois ela possui, aproximadamente, o mesmo diâmetro da garganta de uma criança (3 cm) e poderá alertar para o risco de forma bastante visual – se o objeto passar pela entrada da embalagem, provavelmente uma criança poderá engoli-lo acidentalmente e se engasgar.

PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS

Em casa

- Mantenha as crianças longe da cozinha e do fogão, principalmente durante o preparo das refeições;
- Cozinhe nas bocas de trás do fogão e sempre com os cabos das panelas virados para dentro, para evitar que as crianças entornem os conteúdos sobre elas. O uso de protetores de fogão é um cuidado a mais para evitar que a criança tenha acesso às panelas;

- Evite cuidar, ficar perto ou carregar as crianças no colo enquanto mexe em panelas no fogão ou manipula líquidos quentes. Até um simples cafezinho pode provocar graves queimaduras na pele de um bebê;
- Deixe comidas e líquidos quentes no centro da mesa, longe do alcance das crianças;
- Não utilize toalhas de mesa compridas ou jogos americanos. As crianças podem puxar esses tecidos, causando escaldadura ou queimadura de contato;
- Durante o banho do bebê, coloque primeiro a água fria e verifique a temperatura da banheira imergindo a mão inteira na água, espalhando os dedos e movendo a mão por toda a extensão da banheira, para ter certeza de que não há nenhum ponto muito quente;
- Não deixe as crianças brincarem por perto quando você estiver passando roupa ou utilizando outro aparelho que produza calor, como secador de cabelo. Ao utilizá-los, desligue, tire da tomada e os guarde longe do alcance das crianças;
- Fogos de artifício devem ser manipulados por profissionais e nunca por crianças. Nas festas juninas não permita brincadeiras com balões ou de saltar fogueira;
- Brinquedos elétricos podem causar queimaduras. Evite brinquedos com elementos de aquecimento, como baterias e tomadas elétricas, para crianças com menos de oito anos;

Eletricidade

- Verifique sempre o estado das instalações elétricas. Substitua as fiações antigas e desencapadas. Os fios devem ficar isolados em locais adequados como canaletas e conduítes e longe do alcance das crianças;
- Evite ligar vários aparelhos eletrônicos em uma mesma tomada;
- As tomadas devem estar protegidas por tampas apropriadas, esparadrapo, fita isolante ou mesmo cobertas por móveis;
- Cuidados com eletrodomésticos em mau estado de conservação, como ventiladores e geladeiras. Eles podem causar choque e curto-circuito. Se possível, faça revisões ou a troca desses produtos;
- Antes de consertos e reformas em sua casa, desligue a chave geral. Prefira os serviços de um eletricista;
- Desligue o chuveiro antes de mudar a chave de temperatura;
- Não coloque objetos metálicos (facas, garfos, etc.) dentro de equipamentos elétricos;
- Considere a instalação de um dispositivo de proteção residual (DR) no quadro de distribuição de energia elétrica de sua casa. Esse aparelho tem a função de cortar a vazão de corrente elétrica que causa choques;
- Só permita que as crianças empenem pipas em campos abertos, com boa visibilidade, sem a presença de fios e postes de eletricidade. Oriente-as quanto aos riscos do uso do cerol e de retirar a pipa caso enrosque na rede elétrica;
- Oriente sobre os perigos de entrar nas áreas das estações de distribuição ou nas de torres de transmissão;

Inflamáveis

- Guarde fósforos, isqueiros, velas e outros produtos inflamáveis em locais altos e trancados, longe do alcance das crianças;
- Muito cuidado com o álcool. Ele é responsável por um grande número de queimaduras graves em crianças. Guarde o produto longe do alcance delas. Não deixe que ele faça parte da brincadeira, principalmente quando já houver alguma fogueira ou chama por perto. O mais seguro é substituir qualquer versão de álcool por outros produtos de limpeza doméstica, como água e sabão;
- Nunca jogue álcool sobre chamas ou brasas, nem utilize esse produto para cozinhar;
- Use velas e candeeiros somente em cômodos onde há a supervisão de um adulto. Garanta que elas não estejam perto de objetos inflamáveis, como isqueiros, acetona, móveis de madeira, cortina, mosquitoireiro ou colchões;
- Só acenda velas em recipientes apropriados, como lamparina, ou em um prato fundo com água;
- Apague velas e candeeiros quando sair de casa, mesmo que seja por poucos minutos;
- Deixe itens inflamáveis, como roupas, móveis, jornais e revistas, longe da lareira, do aquecedor e do radiador;
- Tire todos os aquecedores portáteis do alcance das crianças;

O que fazer em caso de incêndio?

- Trace uma estratégia de saída de emergência e um ponto de encontro fora da casa, dessa forma todos os membros da família podem ser encontrados rapidamente;

- Instale detectores de fumaça em todos os pavimentos de sua casa e em toda área de dormir. Os equipamentos devem ser testados mensalmente para comprovar seu bom funcionamento;
- Ensine as crianças a se arrastarem embaixo da fumaça durante um incêndio para evitar intoxicação e a tocar nas portas antes de abri-las – se estiverem quentes, a criança deve usar uma saída alternativa;
- Explique para a criança que ela nunca voltar a um prédio em chamas, por nenhuma razão, nem mesmo para ligar para o número de emergência. A ligação deve ser feita depois de deixar o edifício ou a casa;
- “Pare, caia e role”. Oriente a criança para que, se pegar fogo em suas roupas, ela pare, deite no chão e role de um lado para o outro rapidamente para extinguir as chamas;
- Caso a casa tenha detectores de fumaça, as crianças devem conhecer o som do aparelho e saber como agir ao soar o sinal.

- Mantenha camas, armários e outros móveis longe das janelas, pois eles podem facilitar que crianças os escalem e se debruçem para fora do prédio ou casa;
- Cuidado com pisos escorregadios e coloque antiderrapante nos tapetes;
- Crianças com menos de seis anos não devem dormir em beliches. Se não tiver escolha, coloque grades de proteção nas laterais;
- Ensine as crianças a guardarem seus brinquedos depois de brincarem;
- Nunca coloque o bebê conforto em lugares altos, com superfícies lisas e escorregadias, como mesas e balcões;
- Mantenha sempre uma mão segurando o bebê durante a troca de fraldas. Nunca deixe um bebê sozinho em mesas, camas ou outros móveis, mesmo que seja por pouco tempo;
- O uso de andadores não é aconselhado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Além de comprometerem o desenvolvimento saudável da criança, podem causar sérias quedas;

PREVENÇÃO DE QUEDA

Em casa

- As crianças devem brincar em locais seguros. Escadas, sacadas e lajes não são lugares para brincar;
- Use portões de segurança no topo e na base das escadas e corrimão. Caso a escada seja aberta, instale redes de proteção ao longo dela;
- Mantenha as escadas livres de objetos;
- Instale grades ou redes de proteção nas janelas, sacadas e mezaninos. Os espaços das redes e grades devem ser de no máximo 6 cm;

PREVENÇÃO DE INTOXICAÇÕES/ENVENENAMENTOS

Geral

- Guarde todos os produtos de higiene e limpeza, venenos e medicamentos trancados, em lugar alto e fora do alcance das crianças;
- Mantenha os produtos tóxicos em suas embalagens originais para não confundir as crianças;
- Informe-se sobre quais produtos domésticos podem ser tóxicos. Itens comuns, como, por exemplo, enxaguantes bucais, podem ser nocivos se a criança os ingerir em grande quantidade;
- Sempre preste atenção em onde deixa os produtos tóxicos enquanto os usa e man-

tenha supervisão constante sobre ele;

- Dê preferência por produtos cujas embalagens possuam tampas de segurança a prova de abertura por crianças;
- Quando adquirir um brinquedo ou qualquer outro produto para a criança, certifique-se que ele é atóxico, ou seja, que não contenha componentes tóxicos;
- As tintas do berço e da parede de sua casa podem conter substâncias tóxicas, como chumbo e monóxido de carbono, que fazem mal à saúde da criança. Por isso, preste atenção à composição das tintas utilizadas em sua residência;
- Mantenha os números dos telefones de emergência (SAMU: 192; Corpo de Bombeiros: 193) próximos aos aparelhos de telefone de sua casa.

Medicação

- Jogue fora medicamentos com data de validade vencida e outros venenos potenciais. Procure por produtos de limpeza que você não utiliza mais e desfaça-se deles;
- Sempre leia os rótulos e bulas e siga corretamente as instruções ao dar remédios às crianças, baseando-se em seu peso e idade. Use apenas o medidor que acompanha as embalagens de medicamentos infantis;
- Nunca se refira a um medicamento como “doce”. Isso pode levar a criança a pensar que o remédio não é perigoso ou que é agradável de comer. Como as crianças tendem a imitar os adultos, evite tomar medicamentos na frente delas;

Produtos químicos e de limpeza

- Não misture produtos químicos ou de limpeza. Essa nova mistura pode ser nociva e mais tóxica do que os itens sozinhos;
- Evite o uso de produtos de limpeza sem qualquer garantia de qualidade e segurança.

Plantas

- Mantenha plantas caseiras longe do alcance das crianças;
- Supervisione as crianças se elas estiverem em algum lugar que as plantas não puderem ser removidas;
- Ensine as crianças que elas não podem comer nada a menos que os pais ou quem estiver cuidando delas dê a elas;
- Saiba quais plantas dentro e ao redor de sua casa são venenosas, remova-as ou deixe-as inacessíveis para as crianças.

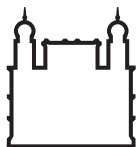
Animais peçonhentos

- Evite ficar perto de animais peçonhentos. Sempre preste atenção antes de calçar sapatos ou usar bolsas e sacolas.

O que fazer em casos de intoxicação ou envenenamento?

- Entre em contato imediatamente como Centro de Controle de Envenenamento (CEE) de sua cidade para receber as orientações adequadas;
- Tenha a embalagem do produto que causou a intoxicação sempre em mãos ao ligar para o CEE ou médico;
- Nunca use produtos como antídotos sem que esses tenham sido recomendados pelo CCE ou por um médico.





Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

EDITAL FAPDF 07/2017

SELEÇÃO PÚBLICA DE PROPOSTAS DE PESQUISAS
SOBRE SEGURANÇA PÚBLICA

FIOCRUZ Brasília
Fevereiro/2019



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
VIDAS ALHEIAS E RIQUEZAS SALVAR