



**Universidade Federal do Maranhão**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

**RAIMUNDO DE ASSUNÇÃO SOUSA NETO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS**  
**ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO LUÍS**  
**2017**

RAIMUNDO DE ASSUNÇÃO SOUSA NETO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS  
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem, Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Hélia de Lima Sardinha

SÃO LUÍS

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa Neto, Raimundo de Assunção

Associação entre o risco de queda e o medo de cair em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. São Luís, 2017.

78 f.

Orientadora: Ana Hélia de Lima Sardinha

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Saúde do Idoso 2. Idoso fragilizado 3. Acidentes por quedas  
4. Medo 5. Enfermagem I. Título

CDU 000.00:000-000

## **RAIMUNDO DE ASSUNÇÃO SOUSA NETO**

### **ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Hélia de Lima Sardinha - Orientadora  
Doutora em Ciências Pedagógicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.Dr. Leonardo Hunaldo dos Santos - 1º Membro  
Doutor em Zootecnia  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isaura Letícia Palmeira Rolim- 2º Membro  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Holanda Lopes – 1º Membro Suplente  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nair Portela Silva Coutinho - 2º Membro  
Doutora em Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Maranhão

*Aos meus pais, por serem meus  
referenciais de honra, perseverança,  
lealdade, força e amor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por todas as graças alcançadas, por toda força dispendida a mim para realização de meus objetivos, agradeço ao amor disponibilizado a mim pelas pessoas que o Senhor botou em minha vida.

À Universidade Federal do Maranhão, por oportunizar que eu continuasse a minha formação e alcançasse objetivos tão sonhados por mim. Retribuo a esta casa com o meu trabalho para o aprimoramento da ciência da Enfermagem e formação de novos profissionais, espero poder continuar contribuindo com o crescimento da UFMA no ensino, pesquisa e extensão. E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que me foi dado durante esse período.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA, que me permitiu aumentar meus conhecimentos e minha visão. Ao fim desta etapa, tenho a certeza de que minha escolha por esse curso foi fundamental para minha formação como enfermeiro. Espero poder continuar contribuindo para o crescimento do programa. Agradeço aos professores que estiveram presentes comigo desde a minha graduação até o fim desta jornada.

Agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Hélia de Lima Sardinha por ter me acolhido como um filho, pela sua orientação, ensino, incentivo e sermões, sua presença foi fundamental para meu crescimento profissional. Agradeço também ao meu grupo de pesquisa – Pesquisa, Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a saúde do idoso (NUPECE), pela contribuição para o término deste trabalho e pelo compartilhamento de conhecimento, espero poder continuar contribuindo com nosso grupo.

A minha mãe Christiane Silva Sousa Diniz e ao meu pai Marco Aurélio Ayres Diniz, por me apoiarem em minhas decisões, por todo amor, carinho e paciência, além de representarem o esteio de minha vida.

Obrigado à minha amada Luciana Batalha Sena por você estar a mais de oito anos presente na minha vida, por todo amor, atenção, carinho, respeito, amizade, companheirismo, alegria, ajuda nesta dissertação e em todos os projetos que passamos a desenvolver juntos, obrigado por seres como és, sem tirar nem pôr, obrigado por ser o meu amor.

Agradeço aos mesmos amigos, principalmente os amigos enfermeiros formados nesta universidade, por todos os momentos de alegria que nos últimos dois anos se fazem cada vez mais presentes em minha vida, contribuindo assim, para minha qualidade de vida.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)”

SOUSA NETO, R. A. ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 2016. 70 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

Orientadora: Ana Hélia de Lima Sardinha

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde

## Resumo

O objetivo geral da pesquisa foi verificar a associação do risco de queda ao medo de cair nos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família de São Luís, Maranhão. Os objetivos específicos foram: Caracterizar o perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos mais suscetíveis à quedas; Verificar os fatores influenciadores no risco de queda em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família; Verificar os fatores influenciadores no medo de cair de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Tratou-se de um estudo do tipo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Luís, entre os meses Setembro e Novembro de 2015, com idosos de 60 anos ou mais, chegando a um total de 203 pesquisados. Foram utilizados como instrumentos da pesquisa uma ficha de identificação sociodemográfica e de saúde, a escala do risco de quedas de Downton e a escala de eficácia de quedas. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Em seguida, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de associação para avaliar a relação entre as variáveis risco de queda e medo de cair, e a relação destas, com características sociodemográficas. Para associações significativas, foram calculadas regressões logísticas. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado na planilha Microsoft Excel versão 2016. Após ocorrido, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS. A pesquisa faz parte do projeto “Condições Crônicas em Idosos Atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís- MA”, atende aos aspectos recomendados na resolução 466/12, sendo aprovada com o parecer de número 949.100. A amostra estudada é composta em sua maioria por mulheres, com idade entre 60 e 69 anos, casadas, com pelo menos o ensino fundamental completo, que não moram sozinhas, não tem o diagnóstico de osteoporose, já receberam orientação sobre prevenção de quedas, que não praticam atividade física e quando a realizam, fazem na mesma faixa etária perdurando até os 89 anos de idade e apresentam doenças de base já diagnosticadas. A partir do teste de Qui-Quadrado alcançou-se como resultado um p-valor altamente significativo, demonstrando que o risco de queda depende do medo de cair. As características idade, escolaridade, ter diagnóstico de osteoporose, não praticar atividade física e apresentar doença de base influenciam no risco de queda e no medo de cair, pois apresentam p-valor com alta significância, assim como o fato de morar sozinho também influencia no medo de cair. Conclui-se que o risco de queda está associado ao medo de cair, que os mesmos são influenciados por idade, escolaridade, diagnósticos de doenças de base ou de osteoporose, sedentarismo e por isso, ao determinar presença de medo de cair em um idoso deve-se presumir alto risco de queda no mesmo.

**Descritores:** Idoso; Idoso fragilizado; Acidentes por quedas; Medo; Enfermagem.

SOUSA NETO, R. A. ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 2016. 70 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

Orientadora: Ana Hélia de Lima Sardinha

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde

### **Abstract**

The general objective of the research was to verify the association of the risk of falling to the fear of falling in the elderly served in the Family Health Strategy of São Luís, Maranhão. The specific objectives were: To characterize the sociodemographic and health profile of elderly people more susceptible to falls; To verify the factors influencing the risk of falls in the elderly served in the Family Health Strategy; To verify the influencing factors in the fear of falling from the elderly served in the Family Health Strategy. This was a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach carried out at the Basic Health Units of the city of São Luís, between September and November 2015, with elderly individuals aged 60 years or older, reaching a total of 203 researched. A sociodemographic and health identification card, Downton risk scale and fall efficacy scale were used as instruments of the research. Initially, the descriptive analysis was performed by means of absolute and relative frequencies. The chi-square association test was then used to evaluate the relationship between the risk of falling and fear of falling, and their relationship with sociodemographic characteristics. For significant associations, logistic regressions were calculated. The collected data was stored in a specific database created on the Microsoft Excel version 2016 spreadsheet. After that, the statistical analysis of the data was performed in the IBM SPSS program. The research is part of the project "Chronic Conditions in the Elderly Served in the Family Health Strategy in São Luís-MA", meets the aspects recommended in resolution 466/12, and was approved with the opinion number 949.100. The sample studied is mostly composed of women, aged 60-69 years, married, with at least complete primary education, who do not live alone, do not have a diagnosis of osteoporosis, have already received guidance on falls prevention, which Do not practice physical activity and when they do it, they do it in the same age group, until they are 89 years old and they have already diagnosed basic diseases. From the Chi-Square test a highly significant p-value was obtained, demonstrating that the risk of falling depends on the fear of falling. The characteristics of age, schooling, diagnosis of osteoporosis, not practicing physical activity and presenting underlying disease influence the risk of falling and fear of falling, since they present p-value with high significance, just as the fact of living alone also influences the Fear of falling. It is concluded that the risk of falling is associated with the fear of falling, that they are influenced by age, schooling, diagnoses of underlying diseases or osteoporosis, and sedentary lifestyle. It is assumed a high risk of falling into it.

**Keywords:** Aged; Frail elderly; Fear; Accidental falls; Nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -.Perfil dos idosos com relação ao sexo em São Luís-MA, 2016	28
Tabela 02 -.Perfil dos idosos com relação à idade em São Luís-MA, 2016.....	28
Tabela 03 -.Perfil dos idosos com relação ao estado civil em São Luís-MA, 2016	29
Tabela 04.- Perfil dos idosos com relação à escolaridade em São Luís-MA, 2016.....	29
Tabela 05.- Perfil dos idosos com relação a morar sozinho em São Luís-MA, 2016.....	29
Tabela 06. - Perfil dos idosos com relação à osteoporose em São Luís-MA, 2016.....	30
Tabela 07. - Perfil dos idosos com relação a ter recebido orientações sobre quedas e como preveni-las em São Luís-MA, 2016.....	30
Tabela 08. - Perfil dos idosos com relação à prática de atividade física em São Luís-MA, 2016.....	30
Tabela 09. - Perfil dos idosos com relação à doenças de base em São Luís-MA, 2016.....	30
Tabela 10. - Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao medo de cair em idosos de São Luís-MA, 2016.....	31
Tabela 11. - Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e o fato de morar sozinho em idosos de São Luís-MA, 2016.....	32
Tabela 12. - Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao diagnóstico de osteoporose, orientação de prevenção de quedas, prática de atividade física e doenças de base em idosos de São Luís-MA, 2016.....	33
Tabela 13. - Medo de cair em relação ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e o fato de morar sozinho em idosos de São Luís-MA, 2016.....	34
Tabela 14. - Medo de cair em relação ao diagnóstico de osteoporose, orientação de prevenção de quedas, prática de atividade física e doenças de base em idosos de São Luís-MA, 2016.....	35

## LISTA DE SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica em Saúde
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CEPAL	-	Comissão Econômica Para América Latina
CSCA	-	Centro de Saúde Cohab/Anil
CSFM	-	Centro de Saúde Fabiciana Moraes
CSGRF	-	Centro de Saúde Genésio Ramos Filho
CSJP	-	Centro de Saúde do João Paulo
CSL	-	Centro de Saúde da Liberdade
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DANT	-	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	-	Diabetes Mellito
DS	-	Distrito Sanitário
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	-	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
HUUFMA	-	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF	-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUPECE	-	Grupo Pesquisa, Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a saúde do idoso
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan- Americana de Saúde
PACS	-	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAE	-	Plano de Ação Para o Envelhecimento
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	-	Política Nacional do Idoso
PNSI	-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SADT	-	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SEMUS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde

- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>21</b>
3.1	Envelhecimento populacional	21
3.2	Transição epidemiológica	23
3.3	Quedas em idosos	24
<b>4</b>	<b>PROCESSO METODOLÓGICO</b>	<b>34</b>
4.1	Delineamento do estudo	34
4.2	Área e período do estudo	34
4.3	População e amostra	35
4.4	Instrumento de pesquisa	36
4.5	Coleta de dados	38
4.6	Análise de dados	38
4.7	Aspectos éticos	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>40</b>
5.1	Os Participantes do Estudo	40
5.2	Avaliação do risco de queda e do medo de cair	44
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>50</b>
6.1	Os Participantes	50
6.2	O risco de quedas e seus influenciadores	52
6.3	O medo de cair e seus influenciadores	53
6.4	Associação entre o risco de quedas e o medo de cair	56
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser definido como o aumento da proporção de pessoas em idades avançadas em relação ao restante da população observada, também sendo descrito como a inversão da pirâmide etária da mesma, mediante diminuição da proporção de crianças e jovens abaixo de 14 anos (SILVA e DAL PRÁ, 2014).

O envelhecimento da população se tornou mundial, isto é motivado principalmente por mudanças nas condições de vida e nos avanços da medicina que reduziram taxas de mortalidades precoces e aumentaram a expectativa de vida, assim, desde a década de 50 a população ganhou cerca de 22 anos e alcançou idades superiores a 74 anos, atualmente, quase dois terços da população mundial são representados por idosos (LIRA, 2014).

O Brasil aumentou em apenas 2,1% o número de pessoas acima de 60 anos entre os anos 1975 e 2000, contudo, as projeções demonstram que em 2050, 29,4% da população brasileira estará com mais de 60 anos, o que colocará o Brasil em terceiro lugar no quesito país com maior número de pessoas idosas na América Latina, perdendo apenas para Cuba e Barbados (SILVA e DAL PRÁ 2014).

Junto à transição demográfica, a transição epidemiológica se apresenta. Este processo engloba uma mudança básica: a substituição das doenças transmissíveis pelas doenças não transmissíveis ou causas externas. No Brasil essa mudança se demonstra evidente, por exemplo, na década de 30 as doenças infectocontagiosas representavam 46% dos óbitos e atualmente causam menos de 5%, na mesma época, os óbitos por causas externas representavam apenas 3% do total, já na atualidade chegam a representar 20% dos óbitos em homens, além do aumento da prevalência de doenças como Parkinson, Alzheimer, osteoartrose e acidentes físicos com suas respectivas consequências (CHAIMOWICZ, 2013).

Por mais que o envelhecer seja um processo gradual, incontornável e irreversível de declínio das funções fisiológicas, ele não necessariamente resulta, em incapacidade, mas no decorrer do envelhecimento do indivíduo, as chances de sofrer lesões provocadas por acidentes aumentam (ALMEIDA; BRITES; TAKIZAWA, 2011).

Dentre os acidentes, observamos as quedas como destaque, com números alarmantes. É perceptível que o índice de quedas aumenta com a idade.

As quedas da própria altura, por exemplo, se configuram como um sério e frequente acidente que ocorre com idosos, além de ser a principal etiologia de morte acidental entre pessoas com 60 anos ou mais (PEREIRA *et al.*, 2013).

Caracteriza-se queda por um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade postural (PEREIRA *et al.*, 2013)

Antes *et al.* (2013) aponta que em 2050, um em cada três idosos sofrerá uma ou mais quedas por ano, e cerca de metade resultará em lesões, sendo assim, a necessidade da utilização dos serviços de saúde aumentará, principalmente no nível secundário e terciário. O medo de cair também se configura como um agravante, ele se caracteriza pela ansiedade em caminhar ou preocupação em excesso de cair, o idoso se torna menos confiante e mais dependente, conseqüentemente podem aparecer depressão, sentimentos negativos e alterações do comportamento como o isolamento social (MONTEIRO *et al.*, 2013).

Levando em consideração a importância da identificação dos fatores de risco para quedas em idosos, dos fatores influenciadores para o medo de cair, destacaram-se alguns questionamentos: *Quais os idosos mais suscetíveis a quedas?; Qual o perfil sócio demográfico e de saúde do idoso suscetível a quedas?; Existe associação do risco de quedas e do medo de cair com as condições crônicas?*

A partir do exposto, surgiu o problema de pesquisa: Qual a associação entre o risco de quedas e o medo de cair em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão?

Verifica-se como objeto do estudo o risco de queda e o medo de cair em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão.

Esse estudo justifica-se pelo cenário de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil apresenta com uma população idosa cada vez mais numerosa, bem como a participação do pesquisador no grupo de pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque sobre a Saúde do Idoso (NUPECE) que contribuiu para o desenvolvimento do estudo, assim como a oportunidade de realizar uma pesquisa científica após o ingresso no Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

A relevância desse estudo dar-se devido o crescente número de quedas que provocam sequelas permanentes na população idosa, tornando-se imprescindível investigação mais profunda dos casos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar a associação entre o risco de quedas e o medo de cair nos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família de São Luís, Maranhão.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos mais suscetíveis a quedas.
- Verificar os fatores influenciadores no risco de queda em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.
- Verificar os fatores influenciadores no medo de cair de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão da temática do estudo, faz-se necessário a contextualização do tema no meio científico. Assim, apresentaremos a revisão de literatura do objeto em questão com enfoque no processo de envelhecimento populacional, na transição epidemiológica que apresentou o cenário das Doenças e Agravos não transmissíveis ressaltando as quedas associadas aos idosos, com sua respectiva epidemiologia, fatores associados e prevenção e o medo de cair. Em seguida, apresentaremos a Teoria do Desengajamento, referencial teórico usado para embasar este estudo.

#### 3.1 Envelhecimento populacional

Toda fase do desenvolvimento humano traz novas possibilidades e limitações, portanto o envelhecimento não difere das outras fases. Entretanto, muito se discute acerca das especificidades dessa fase, pois atingir um contingente populacional de idosos suficiente para se determinar fatores limitadores e facilitadores da idade só passou a ser possível no século XXI, quando se percebeu o envelhecimento da população mundial (BENJAMIM; ESTRÁZULAS; RODRIGUES, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosos, nos países em desenvolvimento, as pessoas com faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade, enquanto que nos países desenvolvidos o recorte etário é de 65 anos. Por ser um país em desenvolvimento, o Brasil adota a idade de 60 anos para ambos os gêneros, sem distinção de cor, etnia e ideologia (BRASIL, 2009).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) adota o seguinte conceito sobre o envelhecimento:

[...] Envelhecer é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer, frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente a possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

A velhice é considerada como um fenômeno multidimensional, pois as pessoas envelhecem de forma heterogênea e singular. Moragas (2010) nos traz dois

conceitos importantes para o estudo do envelhecimento, a senescência e a senilidade.

A senescência trata-se de um estado caracterizado por alterações fisiológicas, psicológicas e sociológicas, vivenciado de forma singular independentemente da idade, sexo e aspectos socioeconômicos, enquanto que a senilidade ocorre em condições de sobrecarga, decorrentes de alterações patológicas e requer uma assistência que interfira nesse processo (COSTA, 2009; MORAGAS, 2010; CALDEIRA, 2012).

A longevidade constitui um triunfo da humanidade e um de seus maiores desafios. A redução nas taxas de fecundidade e natalidade e o aumento da expectativa de vida culminaram na mudança global da pirâmide demográfica. Tahan (2009) afirma que, além desses fatos já conhecidos, a integração social e a autonomia pessoal também contribuíram para o envelhecimento.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a taxa de crescimento anual de idosos no mundo é de 2%, ou seja, em 2050, pela primeira vez na história da espécie humana, o número de pessoas idosas será maior do que o de crianças abaixo de 14 anos, e no mesmo ano, o número de idosos irá triplicar, alcançando 25% da população do planeta. Em números, seriam 2 bilhões de pessoas idosas (PEDROSA, 2014).

Em relação à América Latina, estima-se que a população idosa passará de 8,8% em 2010 para 24,1% em 2050. Em números absolutos, isso significa que cerca de 189 milhões de pessoas serão idosas. Lira (2014), em suas projeções, aponta que para o ano de 2025 um em cada quatro latino-americanos e caribenhos será idoso.

Em 1991, havia cerca de 10,7 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Em 2005, havia 33,9 idosos para cada grupo de 100 jovens. Estima-se que, em 2025, este número chegará a 15% da população e, em 2050, atingiremos a marca de 24%; logo, o Brasil deixará de ser o país da juventude, para tornar-se o país dos idosos (CALDAS; TEXEIRA, 2012).

De acordo com a OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país no mundo com maior número de idosos. O Brasil possui estimativas semelhantes, O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) avaliou que a população idosa no Brasil era de, aproximadamente, 22 milhões de pessoas, ou 11,3% da população

total, e projeções populacionais indicam que esse número chegará a 22,71% da população em 2050.

No mesmo período, o Maranhão apresentava um número de 494.775 idosos, o equivalente a 5,17%, e em São Luís, esse número era de 63.798. Para 2030, as projeções apontam que o Maranhão apresentará 8,66% da sua população idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Alencar (2011) afirma que o ser humano atinge o máximo de suas funções orgânicas por volta dos trinta a quarenta anos, entre os quarenta e cinquenta anos há uma estabilização e a partir daí começa o declínio funcional com média de 1% ao ano, o que caracteriza a velhice.

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento configura-se como uma limitação da capacidade de cada sistema. Há um declínio das funções fisiológicas, que levam o idoso a situações constrangedoras, principalmente, devido à perda de agilidade, habilidade, força, mobilidade e incontinências, o que interfere na qualidade de vida, felicidade, interação social e insegurança (MOTTA, 2008; LIRA, 2014).

Entretanto, não se deve compreender a capacidade funcional apenas no que diz respeito a funções físicas. Moragas (2010) afirma que a capacidade funcional abrange várias dimensões como saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Portanto, o idoso deve ser cuidado de forma integral, buscando a restauração da sua funcionalidade.

Essa funcionalidade sofre influência dos fatores considerados intrínsecos e extrínsecos ao idoso. Fatores genéticos, ambientais e de risco podem modificar o processo de envelhecimento. A ciência afirma que os hábitos obtidos durante a vida do indivíduo aceleram ou entardecem a velhice, sendo os principais: fumo, etilismo, obesidade, alimentação, atividades de vida diária, ocupação e sedentarismo (COSTA, 2009; TAHAN, 2009; WELLMAN; KAMP, 2010; ALENCAR, 2011)

### **3.2 Transição epidemiológica**

A mudança da pirâmide populacional acarreta também mudanças epidemiológicas. Associado ao advento tecnológico, o avançar da idade propicia uma mudança no padrão de morbidade e mortalidade da população com diminuição

de doenças infecto-parasitárias e um aumento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), com custos diretos e indiretos mais altos, uma vez que essas doenças e agravos requerem gerenciamento por um período de anos ou décadas, por serem de longa duração e progressão lenta (MENDES et al., 2005; ALMEIDA, 2012).

Peres et. al. (2010) afirma que o grande desafio é procurar formas de prevenir as DANTs, com o objetivo de preservar a autonomia do idoso, fundamental para a manutenção de sua qualidade de vida ao longo dos anos. É fácil compreender a importância dessa meta, visto que um idoso com uma ou mais doenças crônicas controladas é considerado saudável, enquanto um idoso com as mesmas doenças não controladas perde sua capacidade funcional, sendo, portanto, necessário promover sua saúde.

A promoção do bem-estar é considerada como de extrema relevância para a saúde do idoso. Ela é baseada na educação em saúde e objetiva melhorar o processo de envelhecimento, tendo enfoque no processo saúde-doença de forma integral. A saúde tem estreita relação com a educação individual e coletiva, indo além de procedimentos técnicos e normativos e do conhecimento dos mecanismos de controle das doenças (TAHAN, 2009; LIRA, 2014).

Envelhecer com qualidade é um privilégio. Para isso, é preciso mudanças na sociedade e em concepções sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. A promoção do envelhecimento ativo envolve políticas públicas e hábitos de vida mais saudáveis em todas as fases da vida, além de uma interação entre saúde física, mental e social (COSTA, 2009; ALMEIDA, 2012). Teles e Groismann (2012) ressaltam que o envelhecimento foi uma conquista da humanidade, a manutenção dessa conquista implica na necessidade de adequações das políticas sociais, com destaque para aquelas voltadas às demandas das áreas da saúde, previdência e assistência social.

### **3.3 Quedas em idosos**

Por mais que o envelhecer seja um processo gradual, incontrolável e irreversível de declínio das funções fisiológicas, ele não necessariamente resulta, em incapacidade, mas no decorrer do envelhecimento do indivíduo, as chances de

sofrer lesões provocadas por acidentes aumentam (ALMEIDA; BRITES; TAKIZAWA, 2011).

As quedas da própria altura, por exemplo, se configuram como um sério e frequente acidente que ocorre com idosos, além de ser a principal etiologia de morte acidental entre pessoas com 60 anos ou mais. Caracteriza-se queda por um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade postural (PEREIRA et al., 2013).

Albuquerque (2014) considera as quedas como um evento sentinela, ou seja, uma ocorrência inesperada na vida dos idosos, com alta frequência e potencial limitante visto que apresenta riscos para traumas, lesões, aumento da fragilidade, institucionalização e até a morte. Queda em idosos é considerada uma síndrome geriátrica, visto que apresenta alta frequência, elas representam impacto importante sobre a qualidade de vida dos idosos devido sua relação com incapacidade funcional e morbimortalidade de idosos (FREITAS, 2011).

Caberlon e Bós (2015) afirmam que a queda acontece quando há duas condições presentes: perturbação do equilíbrio e falência por parte do sistema de controle postural em compensar essa perturbação. Quanto mais frágil o paciente, mais suscetível a quedas, maior será a gravidade apresentada e maior a probabilidade de fratura

### 3.3.1 Epidemiologia

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia estima que a incidência de quedas em idosos com mais de 65 anos de idade é de 28% a 35% e em idosos com mais de 75 anos a incidência, por faixa etária, é de 32% a 42%, sendo que mais de 70% das quedas ocorrem em casa e mais de dois terços desses que sofrem uma queda terão recorrências nos seis meses subsequentes. (FERRARESI, 2015).

Dentre os fatores externos de ferimentos não intencionais, as quedas destacam-se com significativa predominância. As estatísticas são ainda mais preocupantes quando se fala de idosos institucionalizados, pois cerca de 30% a 50% deles caem a cada ano e 40% tem mais de uma queda (MAIA et al., 2011; SIQUEIRA et al., 2011). Albuquerque (2014) ressalta que essas estatísticas ainda

podem estar subestimadas, visto que cerca de 40% a 60% das quedas não são testemunhadas e/ou registradas, o que dificulta a confirmação da queda.

Estudos revelam que 20% dos idosos que caem e fraturam o quadril morrem em um período de um ano e cerca de 40% de todos os óbitos relacionados a ferimentos são oriundos de quedas. No Brasil, as quedas representam a sexta causa de óbitos em pacientes com 65 anos de idade ou mais e sua participação na mortalidade cresceu de 3% para 4,5% de 1984 a 1994. As quedas que resultam em morte têm seu índice aumentado com o avançar da idade. A mulher é apontada nos estudos como a que mais sofre quedas, porém, percebe-se que indivíduos do sexo masculino possuem maior índice de mortalidade associado ao evento (CASTRO, 2015).

### 3.3.2 Fatores de risco

Fator de risco é conceituado como uma característica que se associa frequentemente e com mais significância em indivíduos que, subsequente, experimentam um evento adverso do que em indivíduos que não apresentam o evento (GILLESPIE et al., 2012).

A literatura apresenta vários fatores de risco para a ocorrência de quedas em idosos, entre os mais citados temos, a diminuição da força muscular, alterações visuais, redução do equilíbrio, alterações da marcha, artrites, déficit cognitivo e uso de quatro ou mais medicamentos, além de outros fatores biológicos, ambientais, comportamentais e sociais (SCOTT, 2007).

As quedas resultam da interação desses fatores e não apenas da presença de comorbidades e incapacidades físicas. Identificar precocemente esses fatores de risco é de grande importância para a prevenção da ocorrência de quedas. A deterioração do equilíbrio e da mobilidade funcional são considerados os fatores que mais aumentam o risco de quedas nos idosos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2011).

Freitas (2011) classifica os fatores de risco para quedas em intrínsecos – quando o fator está relacionado com as características do indivíduo – e extrínsecos – quando relacionado com o ambiente em que o sujeito está inserido. Percebe-se que, poucas quedas estão relacionadas somente com riscos ambientais mas, sim

como resultado de uma interação multifatorial e do aumento da susceptibilidade individual a partir dos efeitos do processo de envelhecimento e das comorbidades.

Os fatores associados à queda mais abordados na literatura e comuns nos idosos são:

- Sociodemográficos: idade avançada (igual ou maior de 75 anos), sexo feminino, baixa renda, baixa escolaridade, más condições de vida, falta de apoio social, morar sozinho, analfabetismo (SCOTT, 2007; KAMEL, ABDULMAJEED, ISMAIL, 2013).

- Intrínsecos: história de quedas e fraturas, fraqueza muscular, falta de equilíbrio e coordenação, tonturas, comprometimento cognitivo, distúrbios da marcha, condições crônicas (artrites, diabetes, Parkinson, história de acidente vascular encefálico), incontinência ou urgência miccional, demência, hipotensão postural, baixo índice de massa corpórea, depressão, déficit visual, déficit auditivo, limitação funcional, comprometimento das atividades de vida diária, sedentarismo, neuropatia periférica, polifarmácia, medicamentos psicotrópicos, inatividade, medo de cair, autopercepção de saúde ruim, comportamentos de risco, má nutrição ou hidratação, uso de álcool (FREITAS, 2011; SIQUEIRA et al., 2011; KAMEL, ABDULMAJEED, ISMAIL, 2013).

- Extrínsecos: falta de estrutura física adequada - falta de corrimão nas escadas, escadas mal-projetadas, falta de barras de apoio no banheiro, ambientes pouco iluminados, obstáculos e locais perigosos para tropeçar (tapetes soltos, degraus, móveis), superfícies escorregadias ou irregulares, construções mal-projetadas e mal-conservadas, prateleiras baixas ou altas, espaços públicos inadequados para idosos, calçados inapropriados, uso inadequado de dispositivo de marcha (FREITAS, 2011; SIQUEIRA et al., 2011; KAMEL, ABDULMAJEED, ISMAIL, 2013).

### 3.3.3 Prevenção

As consequências das quedas em idosos causam traumas físicos e psicológicos, perda de independência e até mesmo do risco de morte, e geram custos evitáveis para os serviços de saúde, em termos de utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares. O custo dessas quedas torna-se mais expressivo e

maior quando o idoso é dependente ou necessita de institucionalização (MENEZES, BACHION, 2008).

Portanto, a prevenção de quedas é de grande relevância na saúde pública pelos prejuízos e morbidade relacionados. A prevenção primária é possível. A Sociedade Americana de Geriatria recomenda as seguintes práticas para a prevenção de quedas:

- Otimização medicamentosa: Suspensão de medicamentos (principalmente psicofármacos) que aumentam a probabilidade de quedas;
- Exercício físico
- Correção dos fatores ambientais: adaptação do ambiente para as condições do idoso;
- Correção visual;
- Intervenções multifatoriais: interação de intervenções, tais como a associação de exercícios físicos, com correção da visão, tratamento de hipotensão ortostática, aconselhamento de quedas, reposição de vitamina D.

A literatura relata várias condutas que de fato previnem quedas na população idosa. Entretanto é necessário que as características dos idosos sejam avaliadas e as intervenções necessárias sejam implementadas.

### **3.4 Medo de Cair**

A ansiedade ao caminhar e ou preocupação excessiva em cair são aspectos que caracterizam o medo de quedas, situações que se não contornadas levam à menor confiança na capacidade de caminhar, depressão, sentimento de desamparo e isolamento social (ZIJLSTRA, *et. al.*, 2007; DUQUE, KIEL, MONTERO-ODASSO, 2009; FREIBERGER, VREEDE, 2011).

O medo de cair associado à quedas progressas e adoção de atitudes protetoras de familiares e cuidadores, também contribuem para limitar e isolar o idoso mais rapidamente do convívio social (RIBEIRO, *et. al.*, 2008)

Situações traumáticas como as quedas, repetidas ou não, mesmo quando ocorrem da própria altura, associada à preocupação em desenvolver lesões posteriores, contribuem para o aparecimento do medo de cair (SCHMID, RITTMAN, 2009).

A manifestação psicológica desse medo, ao tomar proporções elevadas, pode propiciar limitações desnecessária das atividades diárias, o declínio funcional, a perda da independência e a redução da qualidade de vida do idoso, que naturalmente associa o processo de envelhecer com limitações de atividades diárias (HAASTREGT, 2008).

### **3.5 Teorias do Envelhecimento**

As teorias sociais do envelhecimento são divididas em três gerações, de acordo com o ano de idealização, a fim de facilitar a compreensão das teorias e suas contribuições para a Gerontologia (FIGUEIREDO, 2006).

A primeira geração abrange as décadas de 50 e 60 do século XX, são caracterizadas pelo foco no indivíduo e abordam, principalmente, fatores sociais que buscam explicar o declínio do envelhecimento e a adaptação do indivíduo às mudanças do processo de envelhecer. Essa geração é chamada de microsocial e compreende as teorias do desengajamento, da atividade, da modernização e da subcultura (FIGUEIREDO, 2006; DOLL et al., 2007).

A segunda geração inclui as teorias elaboradas entre 1970 e 1985, estas destacam as transformações das condições sociais, apontando a influência do ambiente do processo de envelhecimento, sendo, portanto, chamadas de macrossociais e compostas pelas teorias da continuidade, do colapso de competência, da troca e político-econômica do envelhecimento (SIQUEIRA, 2002).

A terceira geração engloba teorias que criticam as de primeira e segunda, nesta geração observa-se como característica o foco nos aspectos estruturais do envelhecimento, como a influência da desigualdade social e das restrições sociais no processo de envelhecer, há uma síntese das proposições anteriores e elas aliam os níveis micro e macrossociais. Fazem parte desta categoria: teoria do construtivismo social, teoria da perspectiva de vida do curso de vida, teoria feminista do envelhecimento e teoria crítica (DOLL et al., 2007).

Apesar de serem as primeiras teorias clássicas, a primeira geração apresentou-se como base para as outras teorias e influenciam, ainda hoje, o campo de pesquisa e prática com os idosos. As ideias centrais –o afastamento, a atividade e a continuidade – ainda estão presentes nos fundamentos teóricos das discussões

e na análise idoso-sociedade e idoso-ambiente (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004).

No intuito de alcançarmos a compreensão dos fatores de risco para quedas em idosos e sua associação com o medo de cair, busca-se suporte teórico na análise da Teoria do Desengajamento proposto por Cumming e Henry em 1961, pois esta enfatiza o afastamento/ isolamento social do idoso, fator comumente encontrado na literatura sobre quedas.

Acredita-se que essa teoria possa contribuir para analisar o risco de quedas em idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de São Luís- MA, levantando uma reflexão sobre a necessidade de identificar tais riscos e prevenir o desengajamento social precoce do idoso, o que reflete diretamente em sua qualidade de vida.

### **3.6 Teoria do Desengajamento**

A teoria do desengajamento ou teoria do afastamento social foi desenvolvida por Cumming e Henry em 1961 a partir de uma pesquisa realizada no Kansas com 279 idosos, com idades entre 50 e 90 anos, e foi publicada no livro *Growing Old* (1961). Ela é considerada a primeira teoria clássica do envelhecimento e foi o ponto de partida na reflexão sobre o processo de envelhecimento com base nas mudanças da relação do indivíduo com a sociedade (DOLL et al., 2007).

Considera-se como definição de desengajamento:

Desengajamento é um processo inevitável durante o qual muitas das relações entre uma pessoa e os outros membros da sociedade são rompidas e aquelas que permanecem são modificados qualitativamente. (DAMIANOPOULOS, 1962, p211).

Sendo assim, o desengajamento é compreendido como um afastamento, um corte de vínculos entre o idoso e suas relações sociais. A teoria do desengajamento propõe que este processo seja considerado natural, pois para Cumming e Henry, as pessoas idosas estão menos envolvidas com os membros que o rodeiam do que quando eram mais jovens, pois para manter um bem-estar, os idosos desejam reduzir os contatos sociais como um mecanismo de defesa a fim de evitar um conflito entre a continuidade das atividades sociais e o enfrentamento subliminar do fim da vida (DIAS et al., 2011).

O processo de desengajamento inicia-se de forma gradual, tanto pela necessidade do indivíduo durante a adaptação à velhice quanto pelo sistema social, sendo necessário um equilíbrio entre a sociedade e o indivíduo. A violência contra o idoso e o medo de cair são exemplos de fatores que desequilibram o processo natural do desengajamento, acelerando o isolamento social do idoso, sendo que no caso de violência o fator é social (extrínseco), enquanto que o idoso com medo de cair é um fator intrínseco, do indivíduo (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004; DOLL et al., 2007).

A fim de observar esse equilíbrio, Cumming e Henry (1961) formularam três tipos de mudanças que devem ser observadas durante o processo: (FONTOURA, DOLL, OLIVEIRA, 2014)

1º) Mudanças quantitativas (quanto ao número de contatos sociais do idoso e o propósito desse contato);

2º) Mudanças qualitativas (quanto ao padrão das interações e o envolvimento entre as partes);

3º) Mudanças comportamentais (mudanças na personalidade do idoso, como a preocupação consigo mesmo).

A teoria também destaca que o processo de afastamento ocorre de forma diferente entre homens e mulheres. Por questões culturais, a mulher mantém uma atividade dentro e fora do lar, o que facilita o abandono da atividade fora do lar (através da aposentadoria, por exemplo) e posteriormente, de forma gradual, se afasta dos outros contatos sociais. Enquanto que o homem, com um papel instrumental, apresenta o sentimento de perda e de abandono após a aposentadoria (DOLL et al., 2007).

A teoria do desengajamento adota nove postulados como principais ideias, sendo estes (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004; DOLL et al., 2007; DIAS et al., 2011):

□ Postulado 1: o processo de envelhecimento acarretará no declínio das habilidades, bem como a expectativa da vida é universal, por isso, o rompimento mútuo do vínculo entre a pessoa e a sociedade é inevitável;

□ Postulado 2: as interações sociais criam e reafirmam as normas presentes em uma sociedade, portanto um número reduzido de interações permite ao idoso uma maior liberdade, porém reforça o desengajamento, tendo em vista que os idosos não conseguem estabelecer vínculos com a mesma facilidade. Fatos

como as quedas e o medo de cair influenciam diretamente na interação do idoso, pois eles reduzem a interação com o receio de se lesionar, podendo ser agravado quando a família ou a sociedade não oferece suporte para as trocas sociais desse indivíduo;

□ Postulado 3: conforme já mencionado, o processo de desengajamento é diferente entre os homens e mulheres, pois enquanto um tem um papel instrumental na sociedade, o outro tem um papel socioemocional, respectivamente. O enfrentamento também de dá de forma distinta, e isso é válido para as quedas. As estatísticas mostram que há maior prevalência de quedas entre as mulheres, o que influencia na qualidade de vida e no isolamento social;

□ Postulado 4: o ciclo de vida é pontuado por mudanças no ego, baseado em habilidades e conhecimentos, entretanto o envelhecimento diminui as habilidades e o sucesso é diretamente proporcional ao acúmulo de habilidades e conhecimentos. A classificação etária é uma forma de garantir o preparo e inserção do jovem e o afastamento do idoso antes que ele perca as habilidades;

□ Postulado 5: o desengajamento acontecerá quando o indivíduo e a sociedade estiverem prontos para o processo natural, assim ocorrerá de forma inevitável e gradual. Quando o indivíduo está pronto para o afastamento e a sociedade não está, há uma disfunção entre as expectativas do idoso e do sistema social, acontece então o engajamento (o vínculo continua). Quando a sociedade está pronta e o indivíduo não, o resultado é o contrário do anterior, demonstrando que a sociedade prevalece;

□ Postulado 6: o afastamento das atividades diárias, normalmente após aposentadoria, resulta em uma redução da vida social, o que leva a crises, sendo necessário a inserção de novos papéis apropriados para o processo de desengajamento;

□ Postulado 7: a consciência do fim da vida e da escassez do tempo que sobra, ou seja, a diminuição do seu espaço de vida e de sua energia, prepara o indivíduo para o desengajamento;

□ Postulado 8: a redução nas interações e a perda dos papéis centrais na sociedade mudam a qualidade dos relacionamentos. As limitações e dificuldades impostas pelas lesões e pelo medo de cair interfere na qualidade das interações sociais dos idosos e contribui para a perda dos papéis, tornando-os mais dependentes;

□ Postulado 9: desengajamento é um conceito universal e livre de cultura, entretanto o processo se dará mais fácil para cada indivíduo dependendo da cultura que ele está inserido.

Dentre as discussões e críticas levantadas por outros autores, o desengajamento foi apontado como um processo que pode ser transitório, relacionado a perda de função ou fatores que interferem nas relações. Nessa perspectiva, as quedas e o medo de cair aparecem como fatores que podem ser transitórios, quando associados a alguma patologia ou após alguma queda, sendo que após o tratamento adequado a pessoa retomaria suas atividades de vida diária (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004).

A teoria do desengajamento questionou quase todos os pressupostos gerontológicos da época sobre a vontade dos idosos em relação ao trabalho e questionou posições até então intocadas da gerontologia o que estimulou e ajudou a avançar no conhecimento sobre o envelhecimento. Ela reflete as condições sociais em que o afastamento dos idosos acontece e as consequências desse afastamento (DIAS et al., 2011).

Os distanciamentos das relações sociais são referidos como de grande relevância no cotidiano do idoso, sendo assim, fatores como as quedas e o medo devem ser investigados a fim de identificar a associação e orientar precocemente para os cuidados necessários.

## **4 PROCESSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo analítico, transversal, com abordagem quantitativa.

### **4.2. Área e período do estudo**

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Luís Maranhão, Brasil, com Estratégias de Saúde da Família (ESF) instaladas, entre os meses Setembro e Novembro de 2015.

Segundo a prefeitura da cidade de São Luís, este município encontra-se dividida em sete Distritos Sanitários (DS), cinco na zona urbana: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho e Itaqui Bacanga e dois na zona rural: Vila Esperança e Tirirical. Os mesmos são unidades mínimas do Sistema Nacional de Saúde e por isso são responsáveis pela organização do território e regionalização dos serviços de saúde, o que viabiliza a integralidade no cuidado (SÃO LUÍS, 2014)

Para a obtenção de melhor resultado na pesquisa, com aquisição de dados fidedignos e que representassem a realidade ludovicense de forma mais rápida, foram selecionadas para a pesquisa através de sorteio Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís. As UBS foram sorteadas até que fossem contabilizados mais de 20 vezes o número de atendimentos à idosos no ano de 2013. As UBS selecionadas foram:

- Centro de Saúde da Liberdade (CSL), situado no bairro Liberdade, distrito Centro, que realizou 2909 atendimentos a idosos naquele ano. O CSL assiste a população geral e quilombola, oferece atendimento ambulatorial, assistência odontológica e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) com fluxo de clientes por demanda espontânea.

- Centro de Saúde Genésio Ramos Filho (CSGRF), situado no bairro Cohab-anil, distrito Cohab, que realizou 2836 atendimentos a idosos em 2013. O CSGRF assiste a população geral e quilombola, oferece atendimento ambulatorial e assistência odontológica com fluxo de clientes por demanda espontânea.

- Centro de Saúde do João Paulo (CSJP), situado no bairro João Paulo, distrito Coroadinho que realizou 2215 atendimentos a idosos no ano de 2013. O CSJP assiste a população geral, oferece atendimento ambulatorial e assistência odontológica com fluxo de clientes por demanda espontânea.

O ano de 2013 foi selecionado como referência para seleção das UBS pelo fato de não ter sido possível alcançar o número de atendimentos à idosos em anos posteriores, mesmo sendo visitada a Secretaria de Saúde deste município por inúmeras vezes durante os anos 2015 e 2016.

### 4.3. População e amostra

A população do estudo foi composta pelos idosos atendidos nas UBS selecionadas para a pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram adotados os requisitos: idade igual ou superior a 60 anos e serem atendidos em uma das UBS participantes do estudo. Foram excluídos do estudo idosos que não tiveram condições de responder aos questionamentos.

Para a determinação da amostra foi considerado o número total de atendimentos a idosos nas UBS anteriormente citadas durante o ano de 2013 que configuraram um total de 7.960 idosos. Ao utilizar-se nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% chegamos a uma amostra de 367 idosos.

Para o cálculo amostral foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Legenda:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

#### 4.4. Instrumento de pesquisa

Para melhor atender aos objetivos do estudo foram utilizados três instrumentos: o primeiro trata-se de uma ficha de identificação e perfil social do idoso (APENDICE A), o segundo foi o formulário de avaliação de risco de queda de Downton (ANEXO B) e por fim foi utilizado a ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL (FES-I-BRASIL, ANEXO C)

A ficha de identificação e perfil social do idoso com o objetivo de descrever as características da amostra foi produzida com as seguintes variáveis: identificação, idade, sexo, estado civil, escolaridade, se mora sozinho, se apresenta alguma doença de base, se tem diagnóstico de osteoporose, se pratica atividade física e se alguma vez recebeu orientações de prevenção de queda.

A escala de risco de queda de Downton foi selecionada para o estudo devido à sua praticidade comprovada. Na pesquisa realizada por Schiaveto (2008) foram comparadas as escalas de Downton, STRATIFY, Tinetti Fall Risk e TULLAMORE, e foi constatado que a escala de Downton apresentava sensibilidade de 81%, especificidade de 24,7% e tempo médio de aplicação de 6,34 minutos. Essa escala avalia o risco de quedas a partir de cinco critérios: presença de quedas anteriores, uso de medicação(ões), presença de déficit sensorial, estado mental e característica de marcha (PINHO, 2009).

Cada critério da escala de Downton apresenta um número específico de perguntas, podendo somar até 14 (catorze) pontos em todo o questionário:

O critério quedas anteriores possui a possibilidade de duas respostas, sim recebendo 1 (um) ponto ou não recebendo 0 (zero) pontos.

O critério uso de medicamentos também abre essa possibilidade, contudo em uma outra perspectiva. Ao passo que o entrevistado pudesse não fazer uso de medicações recebendo pontuação 0 (zero) ou fazendo uso de uma ou mais medicações, e recebendo pontuação 1 (um) para cada medicação sugerida no formulário, podendo alcançar até 5 pontos nesse critério.

O critério déficit sensorial apresenta o mesmo padrão de resposta do critério uso de medicamentos. O entrevistado receberá 0 (zero) pontos por não apresentar nenhum déficit sensorial, ao passo que receberá 1 (um) ponto para cada déficit sensorial que ele apresentara, podendo somar até 3 (três) pontos nesse critério.

O critério estado mental possui padrão de resposta correspondente ao critério quedas anteriores, onde o participante receberá 0 (zero) pontos por estar orientado e 1 (um) ponto por apresentar-se confuso. Para verificação de estado orientado ou não do entrevistado será perguntado ao mesmo, seu nome completo e em qual dia do mês e da semana este estudo está sendo realizado.

O último critério, deambulação, segue a linha de raciocínio dos critérios uso de medicação(ões) e déficit sensorial, receberá 0 (zero) pontos por deambular sozinho(a) e sem ajuda (normal) e 1 (um) ponto para cada confirmação das outras 3 (três) proposições desse critério.

A nota de corte para esse instrumento é dois (2), todo entrevistado que apresentar nota maior ou igual a três ( $\geq 3$ ) é considerado com alto risco de queda.

Por conseguinte às quedas é natural a existência de um sentimento de medo de suas recorrências, por isso a utilização da ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL (FES-I-BRASIL), que será utilizada nesse estudo para medir a existência desse medo e sua possível relevância na continuidade da vida desse(a) idoso(a).

A FES-I foi desenvolvida para o uso em uma maior amplitude de línguas e contextos culturais, permitindo comparação direta entre estudos e populações em diferentes países e localidades e apresentou excelente consistência interna ( $\alpha = 0,96$ ) e confiabilidade (ICC = 0,96) (CAMARGOS, 2007).

Essa versão foi traduzida para o português e adaptada para cultura brasileira em 2010 e é utilizada para medir o medo de quedas em 16 atividades diárias, que incluem limpar a casa, vestir-se, preparar refeições, tomar banho, sair para eventos sociais, ir às compras, sentando ou levantando de uma cadeira, subindo ou descendo escadas, caminhando pela vizinhança, pegando algo acima de sua cabeça ou no chão, ir atender ao telefone antes que pare de tocar, andando sobre superfície escorregadia, andando em lugares cheios de gente, caminhando sobre superfície irregular, subindo ou descendo uma ladeira, visitando um amigo ou parente (CAMARGOS, F. F. O.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D.; FREIRE, M. T., 2010)

#### **4.5 Coleta de dados**

Durante o período de coleta foram realizadas visitas entre as segundas e sextas feiras às unidades selecionadas durante turnos alternados, a fim de alcançar o número esperado para amostra.

Os participantes foram abordados pelo pesquisador e questionados sobre sua idade e interesse de participação da pesquisa, mediante explicação dos objetivos e método de participação da mesma.

Após confirmação de idade igual ou superior a 60 anos e demonstração de interesse de participação por parte dos abordados, estes foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os mesmos foram novamente apresentados aos objetivos da pesquisa, além de serem alertados da possibilidade de relembrar momentos dolorosos de sua vida pregressa. Para devida participação os idosos preencheram o TCLE devidamente, iniciando-se assim a coleta com o uso dos instrumentos supracitados.

A coleta foi realizada no momento mais oportuno para o idoso e para o serviço de saúde, ocorrendo, principalmente após a consulta dos participantes. A fim de garantir a privacidade dos participantes, a coleta foi realizada em uma sala reservada, fornecida pelas unidades.

A pesar das tentativas de realização da coleta da melhor forma possível, sem que atrapalhasse o atendimento desses idosos na unidade e que conseguisse alcançar a amostra calculada, esta não foi possível, pois em algumas ocasiões o idoso evadia-se antes de uma nova abordagem pelo pesquisador, prejudicando o alcance da amostra.

#### **4.6. Análise de dados**

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Em seguida, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) de associação (CALLEGARI-JACQUES, 2003) para avaliar a relação entre as variáveis qualitativas: risco de queda (escala de Downton) e medo de cair, e a relação destas, com características sociodemográficas, o fato de morar sozinho, o diagnóstico de osteoporose, a orientação de prevenção de quedas e a prática de atividade física.

Para associações 2x2 significativas, foram calculadas regressões logísticas a fim de obter as razões de chance (RC) também conhecidas como odds ratio (OR), considerando o intervalo de confiança de 95%. Todos os testes foram realizados a 5% de significância.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado na planilha Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS (IBM SPSS Statistics, 2013).

#### **4.7. Aspectos éticos**

A pesquisa faz parte do projeto “Condições Crônicas em Idosos Atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís- MA”, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, a fim de atender aos aspectos recomendados na resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando-se os princípios éticos, a confidencialidade e o anonimato, sendo aprovada com o parecer de número 949.100(ANEXO A) (BRASIL, 2012).

Os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas dos participantes com relação à pesquisa e após estes concordarem em participar, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, construído especificamente para este estudo.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Os Participantes do Estudo

Antes de iniciar a análise dos resultados do risco de queda, do medo de cair e verificar a associação de um com o outro, faz-se necessário que seja conhecido o sujeito desse estudo, no que diz respeito a características relacionadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, o fato de morar sozinho ou não, presença do diagnóstico de osteoporose, ter sido orientado sobre quedas ou não, praticar atividades físicas ou não e a presença do diagnóstico de doenças de base. Essas informações são fundamentais para a interpretação das representações sociais desses participantes acerca do envelhecimento e suas influências no risco de queda e no medo de cair.

A amostra dos idosos estudados foi composta por 406 pessoas, de sua maioria do sexo feminino, como observado na tabela acima, o que representa 56% da amostra. Apesar de equilibrada a população feminina se configura como maioria, fato já esperado pela literatura disponível que observa taxas de mortalidade mais elevadas na população masculina.

A idade mínima dos idosos estudados foi de 60 anos e a máxima foi de 93 anos, com média de 70,84, idade mediana de 69 anos. Dos 406 idosos pesquisados, 216 estão com idades entre 60 e 69 anos, isso representa 53% da amostra e demonstra que a maioria dos idosos atendidos na ESF e que vão às unidades de saúde são pessoas ainda no início da fase idosa. Provavelmente isso acontece por dois motivos, um pelo fato de que com o avançar da idade, cada vez mais fica difícil se deslocar de seu ambiente domiciliar até as unidades de saúde, o outro é pelo fato da taxa de mortalidade ser maior em pessoas com idades mais elevadas. Em quase todas as faixas etária descritas na tabela acima foi observado maior o número de mulheres com exceção dos idosos acima de 90 anos.

**Tabela 01. Perfil dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família quanto a sexo, idade, estado civil, escolaridade e o fato de morar sozinho na cidade de São Luís- MA, 2016.**

<b>Sexo</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Masculino	178	44
Feminino	228	56
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Idades (anos)</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
60 a 69	216	53
70 a 79	112	28
80 a 89	64	16
≥ 90	14	03
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Solteiro	86	21
Casado	188	46
Viúvo	94	23
Divorciado	38	09
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Analfabeto	64	15,8
Alfabetizado	84	20,7
Fundamental completo	76	18,7
Ensino médio	120	29,6
Superior incompleto	20	04,9
Superior completo	42	10,3
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Morar sozinho</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Sim	60	15
Não	346	85
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

Fonte: SOUSA NETO, Raimundo de A.

A maioria dos idosos, 46%, apresenta-se casados, 23% são viúvos, 21% estão solteiros e 9% são divorciados. Em dois dos seguimentos houve um equilíbrio de gênero na quantidade de indivíduos, porém, sempre havendo sobreposição de mulheres em relação aos homens, com exceção do grupo de divorciados que apresentou 58% de homens, destes 55% (doze homens) estavam com idades entre 70 e 79 anos e 36% (oito homens) estavam com idades entre 60 e 69 anos. Já dos indivíduos casados, 54% são mulheres, dos viúvos, 53% também são mulheres. As mulheres também são maioria no grupo de solteiros, dos 86 indivíduos pesquisados, 60 eram mulheres e destas 70% (42 mulheres) estavam com idades entre 60 e 69 anos.

No que se refere à escolaridade, percebe-se que apenas 44,8% dos entrevistados terminaram pelo menos o ensino médio, destes a sua maioria foi de mulheres. Entre aqueles que terminaram o ensino médio 57% são gênero feminino, dos que começaram o ensino superior 40% são homens e daqueles que finalizaram o ensino superior 62% são mulheres. Outra informação preocupante é que dos analfabetos 53% são mulheres, mas daqueles que conseguem chegar ao ensino fundamental 68% são do sexo feminino.

A maior parte dos entrevistados não mora sozinho, representando 85% da amostra. Dos 15% que moram sozinhos, 53% são homens (32 indivíduos), destes 44% possuem 70 anos ou mais.

**Tabela 02. Perfil dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família quanto a osteoporose, a orientação quanto ao risco de queda, quanto a prática de atividade física e a presença de doenças de base na cidade de São Luís- MA, 2016.**

<b>Osteoporose</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Sim	116	29
Não	290	71
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Orientação *</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Sim	292	72
Não	114	28
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Atividade física</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Sim	182	45
Não	224	55
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Doenças de base</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>%</b>
Sim	234	58
Não	172	42
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

Fonte: SOUSA NETO, Raimundo de A.

**\*Orientação quanto a prevenção de quedas**

Quanto ao diagnóstico de osteoporose, dos 406 participantes apenas 116 já apresentam a doença, isso representa 29% da mostra, destes 57% são mulheres e destas 52% tinham entre 60 e 69 anos.

As orientações quanto à prevenção de quedas atingiu grande parte da amostra, 292 idosos afirmaram estarem orientados quanto a situação, e como evitá-la, porém um fator preocupante é que dos 114 idosos que afirmaram não terem recebido orientações sobre esse agravo, 52 já apresentam o diagnóstico de osteoporose.

Quanto à prática de atividades físicas, 244 idosos referiram não fazê-la, isso representa 55% da amostra, dos 45% que realizam alguma atividade física, 67% são mulheres, destas 100% tem 89 anos ou menos.

Do total de indivíduos pesquisados, 234 apresentam diagnósticos de doenças de base, seja hipertensão, diabetes, catarata, osteoporose, sequela de AVC, entre outros, e isso representa 58% da amostra. Destes 63% são mulheres, de sua maioria (55%) entre 60 e 69 anos, enquanto dos 37% masculino, 55% estão também na mesma faixa etária.

Em resumo, a amostra estudada é composta em sua maioria por mulheres, com idades entre 60 e 69 anos, casadas, com pelo menos o ensino fundamental completo, que não moram sozinhas, não tem o diagnóstico de osteoporose, já receberam orientação sobre prevenção de quedas, que não praticam atividade física e quando a realizam, fazem na mesma faixa etária perdurando até os 89 anos de idade e apresentam doenças de base já diagnosticadas.

## 5.2 Avaliação do risco de queda e do medo de cair

Grande parte dos entrevistados apresentou alto risco de quedas e extremo medo de cair.

**Tabela 03. Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao medo de cair em idosos de São Luís-MA, 2016.**

Medo de cair	Risco de queda (Escala de Downton)		p-valor*	Odds Ratio (IC 95%)	
	Alto	Baixo			
<b>Extremo</b>	184 (86,0%)	30 (14,0%)		3,83	(1,65 – 8,92)
<b>Grande</b>	70 (61,4%)	44 (38,6%)	<0,001	2,14	(0,92 – 4,94)
<b>Baixo</b>	30 (38,5%)	48 (61,5%)		REF	1,00

\*Teste de Qui-Quadrado de associação.

A partir do teste de Qui-Quadrado alcançou-se um p-valor altamente significativo (<0,001), demonstrando que o risco de queda depende do medo de cair. Analisando os valores absolutos e relativos é observável que indivíduos que apresentaram extremo medo de cair, possuem alto risco de queda em 86% dos casos, idosos com grande medo de cair possuem alto risco de queda em 61,4%, consegue-se visualizar também, que ao diminuir o medo de cair, automaticamente o risco de queda diminui, idosos com baixo medo de cair, por exemplo, têm alto risco de queda em apenas 38,5% dos entrevistados, o que demonstra mais uma vez a associação de um ao outro. Tomando-se como referência o Odds Ratio do baixo medo de cair, verifica-se que idosos com grande medo de cair apresentam 2,14

vezes mais chance de ter alto risco de quedas em comparação aos idosos com baixo medo de cair, enquanto idosos com extremo medo de cair apresentam 3,83 vezes mais chances de ter alto risco de quedas em comparação aos idosos com baixo medo de cair.

**Tabela 04. Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e o fato de morar sozinho em idosos de São Luís-MA, 2016.**

CARACTERÍSTICAS	Risco de queda (Escala de Downton)		p-valor*
	Alto	Baixo	
<b>Sexo</b>			
Masculino	136 (76,4%)	42 (23,6%)	0,08
Feminino	148 (64,9%)	80 (35,1%)	
<b>Idade (anos)</b>			
60 a 69	112 (51,9%)	104 (48,1%)	<0,001
70 a 79	94 (83,9%)	18 (16,1%)	
80 a 89	64 (100,0%)	0 (0,0%)	
≥ 90	14 (100,0%)	0 (0,0%)	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	60 (69,8%)	26 (30,2%)	0,59
Casado	124 (66,0%)	64 (34,0%)	
Viúvo	70 (74,5%)	24 (25,5%)	
Divorciado	30 (78,9%)	8 (21,1%)	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	58 (90,6%)	09 (9,4%)	<0,001
Alfabetizado	66 (78,6%)	18 (21,4%)	
Fundamental completo	54 (71,1%)	22 (28,9%)	
Ensino médio	84 (70,0%)	36 (30,0%)	
Superior incompleto	06 (30,0%)	14 (70,0%)	
Superior completo	16 (38,1%)	26 (61,9%)	
<b>Mora sozinho</b>			
Sim	40 (66,7%)	20 (33,3%)	0,67
Não	244 (70,5%)	102 (29,5%)	

\*Teste de Qui-Quadrado de associação.

Dos entrevistados do sexo masculino 68 (76,4%) apresentaram alto risco de quedas, enquanto do sexo feminino foram 74 (64,9%) representantes, independente do estado civil as porcentagens de alto risco para quedas foram elevadas sendo todas acima de 66%, chegando a 78,9% nos divorciados, 70,5% dos entrevistados que não moravam sozinhos apresentaram alto risco para quedas.

Ao observarmos a tabela 04, verificou-se que somente as características idade e escolaridade influenciam no risco de queda, pois ambas apresentam p-valor com alta significância (<0,001). No que se refere à idade, constata-se que com o avançar da mesma, maior se torna o risco de queda, por exemplo, idosos com idades entre 70 e 79 anos apresentaram alto risco de quedas em mais de 80% dos entrevistados, e isso piora ao atingir os 80 anos ou mais, pois o risco de queda chegou a 100%. Já no que se refere à escolaridade, quanto menor a escolaridade, maior o risco de queda, chega-se a essa conclusão se compararmos, por exemplo, idosos com ensinos fundamentais completos e analfabetos, ambos apresentaram valores absolutos semelhantes em relação ao alto risco de queda, porém enquanto aqueles que concluíram o ensino fundamental apresentaram risco de queda alto em 71,1% dos casos, os indivíduos analfabetos o apresentaram em 90,6%, sendo assim, o risco de queda é inversamente proporcional à escolaridade.

**Tabela 05. Risco de queda (Escala de Downton) em relação ao diagnóstico de osteoporose, orientação de prevenção de quedas, prática de atividade física e doenças de base em idosos de São Luís-MA, 2016.**

CARACTERÍSTICAS	Risco de queda (Escala de Downton)		p-valor*	Odds Ratio (IC 95%)**	
	Alto	Baixo			
<b>Osteoporose</b>					
Sim	108 (93,1%)	08 (06,9%)	<0,001	8,74	(3,00 – 25,5)
Não	176 (60,7%)	114 (39,3%)		REF	1,00
<b>Orientação***</b>					
Sim	160 (68,4%)	74 (31,6%)	0,57	-	-
Não	124 (72,1%)	48 (27,9%)		-	-
<b>Atividade física</b>					
Sim	94 (51,6%)	88 (48,4%)	<0,001	REF	1,00
Não	190 (84,8%)	34 (15,2%)		5,23	(2,70 – 10,12)
<b>Doenças de base</b>					
Sim	230 (78,8%)	62 (21,2%)	<0,001	4,12	(2,14 – 7,93)
Não	54 (47,4%)	60 (52,6%)		REF	1,00

\*Teste de Qui-Quadrado de associação. \*\*Calculado apenas para associações 2x2 significativas e sem valores zerados. \*\*\*Recebeu orientação de prevenção de quedas.

Dentre as características levantadas na tabela 05 somente a orientação quanto à prevenção de quedas não obteve significância. Quando o idoso teve acesso à orientação ele apresentou alto risco de quedas em 68,4% dos casos, quando não recebeu orientação teve alto risco de quedas em 72,1%. As demais características apresentaram p-valor de <0,001, quanto ao diagnóstico de

osteoporose observa-se que idosos que o apresentam tem 8,74 vezes mais chances de possuir alto risco para quedas, dos entrevistados, por exemplo, aqueles que apresentaram esse diagnóstico tiveram alto risco para quedas em 90,3% dos casos, já os que não o tiveram apresentaram alto risco em 60,7%. Já no que se refere à atividade física, o idoso que não pratica este tipo de atividade tem 5,23 vezes mais chances de ter alto risco para quedas. Dos entrevistados 84,8% dos que não praticam atividade física apresentaram alto risco para quedas, enquanto 51,6% daqueles que praticam a atividade física tiveram alto risco para quedas. Quanto a doenças de base foi verificado que se o idoso apresentar qualquer uma delas, este terá 4,2 vezes mais chances de apresentar alto risco para quedas. Daqueles que apresentaram doenças de base, 230 idosos (78,8%) tiveram alto risco para quedas, enquanto aqueles que não tinham diagnósticos fechados para nenhuma doença de base, apenas 54 (47,4%) tiveram alto risco para quedas.

**Tabela 06. Medo de cair em relação ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e o fato de morar sozinho em idosos de São Luís-MA, 2016.**

CARACTERÍSTICAS	Medo de cair			p-valor*
	Extremo	Grande	Pouco	
<b>Sexo</b>				
Masculino	96 (53,9%)	48 (27,0%)	34 (19,1%)	0,94
Feminino	118 (51,8%)	66 (28,9%)	44 (19,3%)	
<b>Idade (anos)</b>				
60 a 69	74 (34,3%)	74 (34,3%)	68 (31,5%)	<0,001
70 a 79	78 (69,6%)	26 (23,2%)	08 (07,1%)	
80 a 89	52 (81,3%)	10 (15,6%)	02 (03,1%)	
≥ 90	10 (71,4%)	04 (28,6%)	00 (00,0%)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	30 (34,9%)	38 (44,2%)	18 (20,9%)	0,12
Casado	102 (54,3%)	52 (27,7%)	34 (18,1%)	
Viúvo	58 (61,7%)	18 (19,1%)	18 (19,1%)	
Divorciado	24 (63,2%)	06 (15,8%)	08 (21,1%)	
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	30 (46,9%)	18 (28,1%)	16 (25,0%)	0,01
Alfabetizado	56 (66,7%)	18 (21,4%)	10 (11,9%)	
Fundamental completo	36 (47,4%)	32 (42,1%)	08 (10,5%)	
Ensino médio	74 (61,7%)	18 (15,0%)	28 (23,3%)	
Superior incompleto	08 (40,0%)	10 (50,0%)	02 (10,0%)	
Superior completo	10 (23,8%)	18 (42,9%)	14 (33,3%)	
<b>Mora sozinho</b>				
Sim	18 (30,0%)	22 (36,7%)	20 (33,3%)	0,02
Não	196 (56,6%)	92 (26,6%)	58 (16,8%)	

\*Teste de Qui-Quadrado de associação.

O fato de ser homem ou mulher não influencia no medo de cair, durante a pesquisa 53,9% dos homens apresentaram extremo medo de cair, 27% apresentaram grande medo de cair e 19,1% apresentaram pouco medo. Já as mulheres que tiveram extremo medo de cair foram em 51,8%, 28,9% apresentaram grande medo de cair e 19,3% tiveram pouco medo. Outra característica que não influencia no medo de cair é o estado civil, a maioria apresentou extremo medo de cair independente do estado civil, apenas os divorciados foram acima de 20% com o baixo medo de cair. No que se refere à idade, foi observado alta significância (<0,001), sendo verificado que quanto maior a idade maior o medo de cair, chegando a 71,4% dos indivíduos com medo extremo em idosos com 90 anos ou

mais. Assim como a idade, a escolaridade e o fato de morar sozinho influenciam no medo de cair, ambos apresentam p-valor <0,05.

**Tabela 07. Medo de cair em relação ao diagnóstico de osteoporose, orientação de prevenção de quedas, prática de atividade física e doenças de base em idosos de São Luís-MA, 2016.**

CARACTERÍSTICAS	Medo de cair			p-valor*
	Extremo	Grande	Pouco	
<b>Osteoporose</b>				
Sim	82 (70,7%)	26 (22,4%)	08 (06,9%)	0,002
Não	132 (45,5%)	88 (30,3%)	70 (24,1%)	
<b>Orientação**</b>				
Sim	138 (59,0%)	58 (24,8%)	38 (16,2%)	0,11
Não	76 (44,2%)	56 (32,6%)	40 (23,3%)	
<b>Atividade física</b>				
Sim	78 (42,9%)	60 (33,0%)	44 (24,2%)	0,04
Não	136 (60,7%)	54 (24,1%)	34 (15,2%)	
<b>Doenças de base</b>				
Sim	172 (58,9%)	72 (24,7%)	48 (16,4%)	0,02
Não	42 (36,8%)	42 (36,8%)	30 (26,3%)	

\*Teste de Qui-Quadrado de associação. \*\*Recebeu orientação de prevenção de quedas.

A orientação quanto prevenção do risco de quedas não se demonstrou significativa, os idosos que não foram orientados em sua maioria apresentou extremo medo de cair (44,2%), os que tiveram orientação também apresentaram em sua maioria extremo medo de cair (59%). As demais características da tabela 07 apresentam significância com relação ao medo de cair. Dos que apresentam o diagnóstico de osteoporose, 70,7% têm extremo medo de cair. Assim como o diagnóstico de osteoporose, a atividade física e as doenças de base também influenciam no medo de cair, dos 224 idosos que não praticam nenhuma atividade física, 60,7% apresentaram extremo medo de cair, 24,1% têm grande medo de cair e 15,2% apresentam pouco medo de cair. Já dos que possuem doenças de base, 58,9% apresentaram extremo medo de cair, 24,7% têm grande medo de cair e outros 16,4% tem baixo medo de cair.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Os Participantes

A média de idade da população alcançada por esta pesquisa foi de 70,74 anos, dados que se assemelham com a média de idade da população idosa brasileira que é de 69 anos. Nessa pesquisa foi verificada uma grande concentração de idosos entre 60 e 69 anos que compareceram na Estratégia Saúde da Família, contabilizando 53% da amostra, o que demonstra uma facilidade maior de acesso desse nicho de população idosa aos serviços de saúde em relação aos outros. Álvares, Lima e Silva (2010) confirmam essa possibilidade ao afirmarem que a força muscular diminui com a idade, uma vez que há perda gradual de 10% da mesma a cada década vivida a partir dos 50 anos, o que dificultaria a locomoção dos indivíduos.

Outra informação condizente com a literatura, foi o processo de “feminização” do envelhecimento, é uma situação já corroborada pela bibliografia, Freitas et al., (2006) e Papaléo Netto (2002) já verificaram sua existência, e consiste em um crescimento mais rápido da população feminina em comparação à masculina com o progredir da idade. Isto provavelmente acontece devido à população feminina ter uma expectativa de vida maior que a masculina e esta ter uma taxa de mortalidade maior que aquela.

Por estarmos inseridos no Brasil, uma sociedade patriarcal, ainda muito tradicional e mesmo envolto de recentes mudanças nos padrões sociais, ainda espera-se pelo senso comum, padrões conjugais enrijecidos pelo casamento, com pessoas que cheguem à fase idosa de suas vidas, casadas. Mesmo que os dados desta pesquisa demonstrem que sim, os idosos em sua maioria se apresentam casados (46%), foram verificados 30% de não casados, quer sejam solteiros, quer sejam divorciados. Dos 30% não casados, 21% são solteiros e sua maioria (69,77%) é de mulheres, provavelmente pelo fato de o estado do Maranhão apresentar uma população feminina maior que a masculina, dados que são observáveis no site do IBGE que aponta como projeção para o ano de 2017 uma concentração de 50,59% de mulheres neste estado.

Outros estudos apresentaram resultados semelhantes quanto o estado civil. Pinho (2009) em sua dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do risco de

quedas em idosos na perspectiva das representações sociais” encontrou, com amostra de 150 pessoas, 54,7% de casados (a maioria de sua amostra), porém com diferenças relacionadas ao presente estudo, apresentou em seus resultados pouca quantidade de idosos divorciados (0,7%).

Do grupo de viúvos 53% são de mulheres, o que é explicado novamente pelo fato da longevidade feminina já ser confirmada como maior que a masculina na literatura, quer seja pela exposição masculina a riscos inerente de profissões ainda dominada por esse gênero, ou pelo fato de também ser observado na bibliografia o autocuidado maior no gênero feminino. Assim como nessa pesquisa, Camarano (2003) verificou também elevada porcentagem de viúvas e explicou tal fato pela longevidade diferenciada entre os gêneros, contudo, achou número maior de homens casados em relação às mulheres, e afirmou que isto acontecia pelo fato de que quando ocorria de um homem ficar viúvo, era mais fácil para o mesmo casar-se novamente, porém, tal fato não foi observado na atual pesquisa.

As mulheres são maioria da amostra estudada, e apesar de toda dificuldade apresentam resultados interessantes no que se refere à escolaridade. Verificou-se uma maior dificuldade da mulher em conseguir se alfabetizar. Dos analfabetos alcançados pela pesquisa, 53% são mulheres, fato observado por Parahyba *et al.*, (2005) que atribuiu tal fato às dificuldades de acesso a escolarização, outrora maiores que as hoje, mas ainda presentes e principalmente para as mulheres.

Contudo, foi observado que quando a mulher tem acesso aos estudos, esta evolui mais. Daqueles que se alfabetizaram e chegaram ao ensino fundamental 68% são mulheres, dos que terminaram o ensino médio 57% são mulheres e assim perduram até o ensino superior. Dos participantes que iniciaram uma faculdade, 60% são mulheres e daqueles que a terminaram, 62% são do gênero feminino. Provavelmente, tais dados foram observáveis neste estudo pelo fato dessa pesquisa ter sido desenvolvida na região nordeste do país, região esta, de desigualdade social elevada, ainda com taxa de natalidade também elevada e ainda caracterizada por força de trabalho não especializada como observado no estudo de Peres (2010).

Após análise dos resultados foi verificado que 85% dos participantes moram com algum acompanhante, não sendo especificado grau de parentesco. Porém esse dado é visto como positivo, já que o fato de não ter uma companhia intradomiciliar tem sido associado a um declínio na qualidade de vida, agravamento

de morbidade e até mesmo indicador de risco de mortalidade. Estudos como o de Pinho (2009) ou o de Coelho Filho e Ramos (1999) verificam também esse grande contingente de idosos com essa rede de apoio, inseridos em ambientes domiciliares com arranjos diferenciados, como domicílios com outros idosos, ou morando com os filhos ou netos.

## 6.2 O risco de quedas e seus influenciadores

Como visto anteriormente, no presente estudo foi verificado o risco de quedas através da escala de risco de quedas de Downton. Contudo, fez-se necessário identificar quais fatores sociodemográficos e de saúde poderiam influenciar os resultados dessa escala.

Foi verificado o risco de quedas em relação às características: idade, sexo, estado civil, escolaridade, o fato de morar sozinho, possuir diagnóstico de osteoporose, possuir diagnóstico de qualquer doença de base, praticar atividade física e ter recebido orientação sobre prevenção de queda.

Dentre as características acima mencionadas, cinco apresentaram alta significância e por isso se configuraram como fatores que influenciam no risco de quedas: idade, escolaridade, a presença do diagnóstico de osteoporose, presença do diagnóstico de doenças de base e a prática de atividades físicas.

A idade talvez seja a mais fácil de observar a relação, a literatura disponível ressalta que o avançar da idade é um fator predisponente para o aumento do risco de quedas e está principalmente relacionado às alterações fisiológicas já esperadas para o processo de envelhecimento, que mesmo quando acontece de forma saudável, apresenta alterações como: diminuição de acuidade visual, diminuição de equilíbrio, diminuição de força muscular (PINHO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2010).

Neste estudo foi verificada alta significância da escolaridade para com o risco de quedas (p-valor <0,001), de forma que quanto maior a escolaridade, menor seria o risco de quedas e vice-versa. Outros estudos que avaliaram o risco de quedas através de outras perspectivas e instrumentos como o estudo realizado por Marciel *et al* em 2015 não encontraram significância semelhante ou significância qualquer entre a escolaridade e o risco de quedas. Porém, entende-se que quão

maior a escolaridade, mais fácil seria a compreensão e adesão da pessoa às orientações (TEIXEIRA *et al.*, 2012) e medidas para diminuição do risco de quedas.

Outro aspecto que influenciou no risco de quedas foi a atividade física, que quando não realizada pelo idoso, o mesmo apresenta 5,23 vezes mais chance de apresentar um alto risco de quedas e a literatura confirma esse achado. Estudos como o de Pinheiro, Vilaça e Carvalho (2014) apresentam relações entre a atividade física e melhorias na qualidade de vida e reabilitações de idosos acometidos por condições crônicas, quando praticada regularmente.

Já se esperava que a presença de osteoporose diagnosticada e doenças de base pré-instaladas se caracterizariam como fatores motivadores para o aumento do risco de quedas, ambos diagnósticos apresentaram p-valor < 0,001 demonstrando alta significância. Brasil (2006), no caderno de Atenção Básica número 19 levanta a presença destes diagnósticos como fatores predisponentes para o aumento do risco de quedas.

Além dos diagnósticos de osteoporose e doenças de base já estarem atestados pela literatura como fatores que estão relacionados ao aumento do risco de quedas, os mesmos estão relacionados à polifarmácia, que apresenta o uso de diversas medicações para controle das doenças e manutenção da saúde do idoso, porém está relacionada ao aumento de risco de queda (RIBEIRO *et al.*, 2008; FABRÍCIO, RODRIGUES, COSTA JÚNIOR, 2004; SCHIAVETO, 2008).

Vale ressaltar que com todas essas alterações e declínio de habilidades, o risco de quedas aumenta principalmente se estiverem associadas em uma só pessoa. O aumento no número de quedas se torna um problema de saúde pública por aumentar os custos com a saúde no tratamento do idoso e se torna um problema social por acelerar o processo de desengajamento social desse idoso, fatos como as quedas e o medo de cair influenciam diretamente na interação do idoso, pois eles reduzem a interação com o receio de se lesionar (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004; DOLL *et al.*, 2007).

### **6.3 O medo de cair e seus influenciadores**

Autores relacionam o medo de cair à perda de confiança do idoso no seu equilíbrio, ou mesmo seu conhecimento de sua incapacidade de evitar quedas por

conta de suas limitações inerentes de sua condição (LEGTERS, K., 2002; CASTILLO *et al*, 2000).

A literatura relata que o medo de cair pode acontecer entre 12% e 65% dos idosos com 60 anos ou mais, com ou sem histórico de quedas. Porém, para os idosos com mais de 60 anos e que já caíram, o medo de cair varia de 29% e 92%. Sabe-se também que o medo de cair pode ou não estar associado com alguma queda, porém salienta-se que uma pessoa que já tenha experimentado uma queda tem maiores possibilidades de manifestar o medo (LEGTERS, K., 2002; SCHEFFER, *et al*, 2008).

Assim como na avaliação do risco de quedas foi necessário fazer a verificação através da escala de risco de quedas de Downton, o medo de cair necessitou de instrumento específico para sua análise, Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I-Brasil), também sendo imperativo identificar quais fatores sociodemográficos e de saúde poderiam influenciar os resultados dessa escala.

Foi verificado o medo de cair em relação às mesmas características anteriormente analisada: idade, sexo, estado civil, escolaridade, o fato de morar sozinho, possuir diagnóstico de osteoporose, possuir diagnóstico de qualquer doença de base, praticar atividade física e ter recebido orientação sobre prevenção de queda.

Dentre as características adotadas para verificação de influência, seis apresentaram significância e por isso se configuraram como fatores que influenciam no medo de cair: idade, escolaridade, a presença do diagnóstico de osteoporose, presença do diagnóstico de doenças de base, a prática de atividades físicas e o fato de morar sozinho.

A associação do medo de cair avaliado pelo FES-I foi observada e avaliada como alta, ao apresentar  $p$ -valor  $< 0,001$ , associação esta, que está de acordo com a literatura e foi observada em outros estudos que utilizaram esta escala para avaliação, como o estudo de Lopes. *et al* (2009), que avaliou 253 idosos quanto ao medo de cair e sua correlação quanto a mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas.

No estudo de Lopes *et al* (2009) foi verificado baixa correlação da idade com a escala FES-I, e foi explicado que ao avançar a idade espera-se declínio de

reserva funcional, e que quando o idoso percebe essa perda pode gerar o medo de cair.

A teoria do desengajamento de Cumming e Henry (1961) também concebe essa ideia. Ao afirmarem o postulado quatro de sua teoria que diz que o ciclo de vida é pontuado por mudanças no ego, baseado em habilidades e conhecimentos, e que o envelhecimento diminui as habilidades. Afirmam ainda que o sucesso é diretamente proporcional ao acúmulo de habilidades e conhecimentos. Conseqüentemente, no momento que o idoso entender de suas limitações agora proporcionado pelo avançar da idade, o mesmo apresenta-se com medo, inserindo-se em um ciclo vicioso de desengajamento social.

O nível de escolaridade influenciou o medo de cair, observou-se que quanto maior o nível educacional, maior o medo de cair. Isso se deu provavelmente, pelo fato de que quando apresenta escolaridade mais elevada, maior seria o entendimento de que este agravo, a queda, poderia proporcionar alterações negativas e limitante de saúde (TEIXEIRA et al, 2012).

O diagnóstico de osteoporose também influenciou o medo de cair, com p-valor  $<0,05$ , isso é fácil de compreender, afinal, entende-se que ao ter esse diagnóstico instalado e conhecer as alterações que ele proporcionará ao indivíduo, o mesmo já se avalia como limitado das atividades diárias, influenciado pelo medo de cair como fator intrínseco (NICOLUSSI *et al*, 2012).

O diagnóstico de doenças de base apresentou p-valor de 0,02 e influenciou no medo de cair, ao se verificar que idosos com doenças de base, qualquer que seja ela ou delas apresentaram extremo medo de cair em 58,9% dos casos. No estudo realizado por Antes, Schneider, Benedetti e D'orsi (2013) foi verificado que pacientes que possuíam diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* apresentavam-se mais preocupados com as quedas, contudo não conseguiram estabelecer correlação da patologia e o questionário FES-I.

Já no que se refere à atividade física foi possível verificar a influência da mesma no medo de cair ao se constatar que quando o idoso não pratica atividade física o medo de cair se tornava extremo em 60,7% dos casos com um p-valor de 0,04 e isso se deve provavelmente pelo fato de que quando o idoso se identifica como um indivíduo com limitações e desconhecer suas reais possibilidades o mesmo se desengaja das atividades de vida diária. Se for levado em consideração a

teoria do desengajamento de Cumming e Henry (1961), na medida em que o idoso se desengaja das atividades sociais, como prática de atividades físicas, o mesmo declina em sua qualidade de vida, e tudo isso pode ser desencadeado pela presença do medo de cair.

A análise do medo de cair com relação aos fatores sociodemográficos e de saúde diferenciou nos resultados em relação à mesma análise referente ao risco de quedas somente no que se refere ao fato de o idoso morar sozinho ou não, que na avaliação feita quanto ao medo de cair apresentou significância com p-valor de 0,02.

A literatura refere o fato de morar sozinho como predisponente para o aumento do número de quedas, assim como para o aumento do medo de cair (YOUNG, WILLIAMS, 2015). A associação entre o medo de cair e o fato de morar sozinho, provavelmente está relacionado às necessidades de suporte que o idoso apresenta, principalmente quando relacionadas ao medo de cair em pessoas idosas com histórico de quedas pregressas.

#### **6.4 Associação entre o risco de quedas e o medo de cair**

A partir do teste de Qui-Quadrado realizado neste estudo para verificação da associação do risco de quedas com o medo de cair, alcançou-se um p-valor altamente significativo ( $<0,001$ ), demonstrando que o risco de queda depende do medo de cair. Apesar da literatura já ter demonstrado relação causal entre o risco de quedas e o medo de cair, não foi verificado estudos que o fizessem analisando em associação o risco de quedas de Downton e a escala FES-I.

Antes, Schneider, Benedetti e D'orsi (2013), afirmam que o medo de cair deve ser interpretado como uma preocupação de saúde pública, pois acarreta maior propensão do idoso a declinar funcionalmente e aumenta o risco de quedas.

Como o desengajamento é um processo inevitável algumas das relações existentes entre uma pessoa e os outros membros da sociedade são rompidas e aquelas que permanecem são modificadas qualitativamente. (DAMIANOPOULOS, 1962, p211 apud NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004), apesar de inevitável é um processo gradual que deve ser equilibrado entre a sociedade e o indivíduo.

Porém, algumas vezes esse equilíbrio é perturbado acelerando o processo de desengajamento social desse idoso, seja por um ato de violência contra

o mesmo (fator extrínseco) ou pelo medo de quedas (fator intrínseco) que esse idoso possa apresentar (NERI; YASSUDA; CACHIONI, 2004; DOLL et al., 2007).

A partir da verificação da existência da associação do risco de quedas com o medo de cair é possível então inferir que quando um idoso apresenta grande ou extremo medo de cair, além dele estar sujeito a um processo de desengajamento social exacerbado, que se mantido pode gerar agravamento de condições crônicas e propiciar aumento de morbidade desse idoso, o mesmo encontra-se 2,14 vezes com mais chances de ter alto risco de quedas quando apresenta grande medo de cair, enquanto, quando apresenta extremo medo de cair o mesmo idoso desenvolve 3,83 vezes mais chances de ter alto risco de quedas.

## 7 CONCLUSÃO

Conclui-se que o risco de queda esta associado ao medo de cair, durante este estudo, verificou-se extrema significância na associação entre os dois, o que representa que quando o medo de cair está presente, este idoso fica mais suscetível a quedas e assim já o devemos representar com um idoso que deve ser avaliado e acompanhado.

Tanto o risco de quedas quanto o medo de cair foram influenciados por características como idade, escolaridade, diagnósticos de doenças de base ou osteoporose e o sedentarismo, devendo ser observado essas alterações como influenciadoras desse agravo e assim sendo necessário reagir a elas na medida da necessidade do idoso.

Foi observado também que o fato de morar sozinho, aumenta o medo de cair do idoso e se for feita a verificação de todos esses dados analisados percebe-se que este talvez seja um fator que poderia proporcionar melhores resultados caso conseguisse garantir companhia ao idoso em sua moradia a todo tempo.

Como o medo de cair influencia no risco de quedas, garantir a diminuição desse medo, garante a diminuição no risco de quedas. Como os outros aspectos se tornam improváveis, alguns até mesmo impossíveis de se contornar, garantir companhia ao idoso diminuiria o risco de quedas. Diminuindo assim a incidência desse agravo, mesmo na presença de características como idade, escolaridade, doenças de base ou diagnóstico de osteoporose ou mesmo o sedentarismo.

Sendo assim, percebe-se a necessidade da garantia de cuidados a essa população, maior vigilância para diminuição dos riscos a que estão sofrendo, nem mesmo que essa vigilância seja feita por não familiares, mas simplesmente como uma garantida da diminuição do medo de cair.

Talvez esse seria um cuidado paliativo aos idosos que já se apresentam nessa situação de medo instalado, com risco aumentado para quedas, mas o que se percebe com ajuda da literatura é que muitos agravos, inclusive a queda, é diminuída na medida que o autocuidado se torna presente na vida da pessoa desde jovem.

Portanto faz-se necessário que continue sendo investido em Atenção Básica, na tentativa de cada vez mais garantir um envelhecimento saudável, de

qualidade e com diminuição de riscos para população, já que o envelhecimento é uma realidade, gradual e sem necessidade de limitação para a vida.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J.P. **Prevalência e fatores associados à queda de idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar.** Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 113f, 2014

ALENCAR, M. D. S. S. **A saúde da pessoa idosa na atenção básica:** processos, limites e possibilidades no caso do município de Teresina-Piauí. 2011. 209 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011.

ALMEIDA, P.L., BRITES, M. de F., TAKIZAWA, M. das G. M. H. Quedas em idosos: fatores de risco, **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, set./dez. 2011

ALMEIDA, R. T. D. **Comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto Feliz-SP:** acesso á integralidade? 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ALVARES, L.M.; LIMA, R.C.; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad.Saúde Pública.** v. 26, n. 1, p.31-40, 2010.

ANTES, D.L., SCHNEIDER, I.J.C., BENEDETTI, T.R., D'ORSI, E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.29, n 4, p. 758-768, 2013.

BENJAMIM, U. I.; ESTRÁZULAS, J. A.; RODRIGUES, C. V. **Rádio na melhor idade: bases teóricas para a utilização do rádio no contexto integrador dos idosos.** In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORTE, 12., 2013, Manaus. Anais... São Paulo: INTERCOM, 2013. Disponível em: <<http://portalintercom.org.br/anais/norte2013/resumos/R34-0473-1.pdf>>. Acesso em 10 set. 2015.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso.** 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 10 set. 2015.

CALDAS, C. P.; TEIXEIRA, P. C. O idoso hospitalizado sob o olhar da teoria de enfermagem humanística. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 748-757, out./dez. 2012.

CALDEIRA, S. **O cuidado de saúde no contexto relacional enfermeiro e mulher idosa**: o olhar dos sujeitos envolvidos. 2012. 99 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística. Princípios e aplicações**. Porto Alegre, Artmed, 2003.

CAMARANO, A. A. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estudos Avançados, São Paulo: USP/Instituto de Estudos Avançados, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARGOS, F. F. O. **Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Fallss Efficacy Scale-International: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos**. Dissertação de mestrado em Desempenho Motor e Funcional Humano, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CASTILLO A.R.G.L *et al.* Transtornos de ansiedade. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, n. 3 (suplementar), p. 20-23, 2000

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2ª edição. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 167p.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999

COSTA, M. F. B. N. A. D. **Atenção integral a saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol**. 2009. 346 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CUMMING, E; HENRY, W. E. **Growing Old**: the process of disengagement. New York: Basic Books, 1961.

DAMIANOPOULOS, E. **A Formal Treatment of Disengagement Theory**. In: CUMMING, Elaine; HENRY, William E. *Growing Old: the process of disengagement*. New York: Basic Books, 1961. P. 210-218.

DIAS, *et. al.* Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. **Estud. interdiscip. envelhec**;16(2):245-260, dez. 2011

DOLL, J; GOMES, A; HOLLERWEGER, L; PECOITS, RM; ALMEIDA, ST. Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007

DUQUE G, KIEL DP, MONTERO-ODASSO M. **Falls as a geriatric syndrome: how to prevent them? How to treat them?** In: Duque G, Kiel DP, editors. *Osteoporosis in older persons*. London: Springer; p. 110-25, 2009.

FABRÍCIO S.C.C; RODRIGUES R.A.P; COSTA JÚNIOR M.L. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**. V. 38, n. 1, p. 93-99, 2004

FERREIRA et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010

FIGUEIREDO, NMA; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. SP: Yendis, 2006

FONTOURA, DS; DOLL, J; OLIVEIRA, SN. **Aposentadoria: escolhas diferentes, caminhos divergentes**. In: XXXVIII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro/RJ. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2014.

FREITAS, E. V. de; *et al.* **Tratado de geriatria e de gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933-939, jul. 2012.

FREIBERGER E, VREEDE P. Falls recall – limitations of the most used inclusion criteria. **Eur Rev Aging Phys Act** v.8, p. 105-108, 2011

GILLESPIE, L. D. et al. **Interventions for preventing falls in elderly people**. Cochrane Database of Systematic Reviews, set. 2012.

IBM Corp. Released 2013. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sítese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira** (Vol. 29). Rio de Janeiro: IBGE, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 24 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 24 out. 2015.

HAASTREGT JC, ZIJLSTRA GA, ROSSUM E, EIJK JT, KEMPEN GI. Feelings of anxiety and symptoms of depression in community-living older persons who avoid activity for fear of falling. **Am J Geriatr Psychiatry** 2008; 16(3):186-193.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013

KAMEL, M. H; ABDULMAJEED, A. A; ISMAIL, S. Risk factors of falls among elderly living in Urban Suez – Egypt. **Pan African Medical Journal**. Egito, p.14-26. 2013.

LEGTERS, K. Fear of falling. **Phys Ther.**, v. 82, n. 3, p. 264-272, 2002

LIRA, G. A. D. **Educação popular na promoção na saúde do idoso no contexto comunitário**. 2014. 135 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al . A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1265-1273, Aug. 2008 .

LOPES, K.T. *et al.* Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 223-229, mai/jun, 2009

MACIEL *et al.* Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3753-3762, 2015.

MENDES, M. B. et al. A Situação Social do Idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MENEZES, R. L. de; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008

MONTEIRO, RBC et al . Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2017-2027, July 2013

MORAGAS, R. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

MOTTA, L. B. **Atenção integral ao idoso no contexto de estratégia de saúde da família**: um olhar sobre a formação e práticas médicas. 2008. 166 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NERI, AL; YASSUDA, MS; CACHIONI, M. **Velhice Bem-sucedida: Aspectos Afetivos E Cognitivos**. Papirus Editora, 2004

NICOLUSSI, A.C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas:

OLIVEIRA, A. A. V. de. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. 1, p. 128- 123, 2013.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

Parahyba, M.I., Veras, R.P., Melzer, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saude Publica**. V. 39, n. 3, p. 383-91, 2005

PEDROSA, W. C. **Envelhecimento ativo**:um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG. 2014. 202 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista,Franca, 2014.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev. 2013.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, abr. 2010.

PINHEIRO, H. A.; VILAÇA, K. H. C.; CARVALHO, G. de A. Estabilidade postural, risco de quedas e medo de cair em idosos com neuropatia diabética que realizam exercícios terapêuticos, **Fisioter.Pesq.**, v.21, n.2. p. 127-132, 2014

PINHO et al. Avaliação do risco de queda em idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012

PINHO, T. A. M. de. Avaliação do risco de quedas em idosos na perspectiva das representações sociais. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal da Paraíba- UFPB. João Pessoa, 2009. 82p. revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012

RIBEIRO A.P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc Saúde Coletiva**. V.13, n. 4, p. 1265-1273, 2008 SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal. Guia de distritos do município de São Luís-MA. 2014. Disponível em: <[http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal\\_subpagina.asp?site=1265](http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265)>. Acesso em: 20 set. 2015.

SCHEFFER, A.C. *et al.* Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. **Age Ageing**. v. 37, n. 1, p.19-24, 2008

SCHIAVETO FV. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

SCHMID AA, RITTMAN M. Consequences of poststroke falls: activity limitation, increased dependence, and the development of fear of falling. **Am J Occup Ther** , v. 63, n. 3, p.310-316, 2009.

SCOTT, V. **World Health Organization Report: prevention of falls in older age**. Falls Prevention: Policy, Research and Practice, 2007.

SILVA, A.; DAL PRÁ, K. R., Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 99- 115, janeiro/junho 2014.

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda. **Teorias Sociológicas do Envelhecimento**. In:FREITAS, Elizabete Viana et al. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAHAN, J. **Envelhecimento e qualidade de vida**: significados para idosos participantes de grupos de promoção de saúde no contexto da estratégia saúde da família. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

TEIXEIRA et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus, **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n. 2, p. 284-290, 2012.

WELLMAN, N. S.; KAMP, B. J. Nutrição e edaísmo. In: MAHAN, K. L.; ESCOTTSTUMP, S. **Krause**: alimentos, nutrição & dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 286-308.

YOUNG, W. R., WILLIAMS, A. M. How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations. **Gait & Posture**, v.41, p. 7–12, (2015)

ZIJLSTRA, *et al.* Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. **Age Ageing** n. 36, p. 304-309, 2007.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIAL DO IDOSO**

1. Identificação:					
2. Sexo		: ( ) Feminino		( ) Masculino	
3. Idade:					
4. Estado civil:					
Solteiro ( )		Casado ( )		Viúvo ( )	
Divorciado ( )					
5. Mora sozinho:		Não( )		Sim ( )	
6. Escolaridade:					
Analfabeto ( )	Alfabetizado ( )	Fundamenta I completo ( )	Ensino médio( )	Superior incompleto ( )	Superior completo ( )
7. Doenças de base:		Diabetes ( )		Hipertensão ( )	
8. Diagnóstico de osteoporose:		Não ( )		Sim ( )	
9. Pratica atividade física:		Não ( )		Sim ( )	
10. Recebeu orientações de prevenção de quedas?		Não ( )		Sim ( )	

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos Você para participar da pesquisa **“ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE QUEDA E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Dra Ana Hélia de Lima Sardinha. Os objetivos deste estudo são analisar o risco de queda em idosos, o medo de cair verificar se existe associação entre risco de queda e o medo de cair, e identificar os fatores que influenciam no medo de cair e no risco de quedas na população idosa atendida nesta Unidade Básica de Saúde.

Espera-se que este trabalho possa contribuir como parâmetro para verificação da realidade da população idosa da cidade de São Luís e assim possam ser direcionadas estratégias mais específicas para a manutenção da saúde desta população.

Você irá colaborar respondendo questões sobre quedas anteriores, medicação de uso contínuo, estado mental, facilidade de caminhar, se faz uso de medicação por cateter, para tal, serão utilizados 2 (dois) formulários elaborados especificamente para identificação do risco de queda.

Esclarecemos que manteremos em anonimato e sob sigilo absoluto todos os dados que possa identificar você, usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes referem-se a quebra de sigilo das informações coletadas, constrangimento e a possibilidade de relembrar momentos dolorosos de sua vida. Porém, tomaremos todas as providências para evitá-las, mantendo os dados em local seguro e somente sob o poder dos pesquisadores, sendo todo o material destruído após a análise dos dados. Caso você venha a sentir-se lesado, comunique o pesquisador responsável para que sejam resguardados os seus direitos.

Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, ou gastos adicionais, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos procurar a pesquisadora responsável no endereço abaixo:

Dr<sup>a</sup> Ana Hélia de Lima Sardinha

Telefones: Cel: (98) 98159-9161 /Comercial (98) 32729706

Email: [anahsardinha@ibest.com.br](mailto:anahsardinha@ibest.com.br)

### **Termo Pós-esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino e rubrico este termo, juntamente com o pesquisador responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma sob o meu poder e a outra em poder do pesquisador.

Local: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

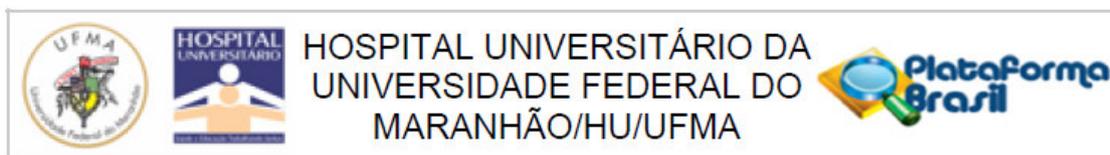
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

## **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS-MA

**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima Sardinha

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 02090112.5.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** FUNDE DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLÓGICO DO MARANHÃO - FAPEMA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 949.100

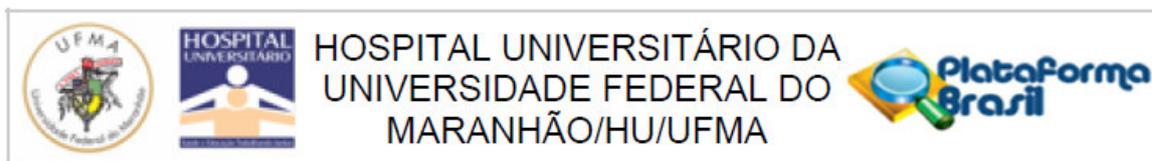
**Data da Relatoria:** 05/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo ira avaliar idosos com condição crônica atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA e cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Programa HIPERDIA. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quali-quantitativa. Serão entrevistados 280 idosos de ambos os sexos. Os idosos responderão um questionários com perguntas fechadas que serão preenchidos pelos investigadores contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida e a utilização de gravador durante a entrevista cujo roteiro abordará aspectos relacionados às políticas públicas de saúde e as doenças crônicas. Após a entrevista será realizado exames para avaliação de peso e estatura, pressão arterial, nível glicêmico capilar e medida da circunferência abdominal e glicemia capilar. Para análise dos dados quantitativos será utilizado o Programa Estatístico Epi-Info 2008 versão 3.5.1, tendo como nível de significância de 95%, e margem de erro tolerável de 5%. Quanto à análise qualitativa, será representada pelos resultados das entrevistas semi-estruturadas. A análise qualitativa, será realizadas através das reflexões mais importantes da coleta conforme Triviños (1987) que ressalta que em pesquisa

qualitativa a análise dos dados embora pareça ser uma fase distinta, poderá estar ocorrendo desde o momento da coleta. De acordo com Minayo (2000) a pesquisa qualitativa trabalha com o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 949.100

universo de significados, motivos, crenças e atitudes. O financiamento do estudo é de responsabilidade do pesquisador.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar os idosos com condição crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida (atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica);
- Traçar o perfil da família cuidadora do idoso com condição crônica;- Identificar os fatores de risco que interferem na adesão medicamentosa;
- Correlacionar condição crônica com qualidade de vida;
- Relacionar comorbidades associadas;
- Descrever os significados de condição crônica para os idosos que convivem com essa realidade;
- Descrever o significado do cuidado para os idosos com condição crônica;
- Compreender as necessidades desses idosos ao enfrentarem uma condição crônica-analisar o risco de queda em idosos,estudar a funcionalidade familiar do idoso com condição crônica;
- compreender o significado do cuidado sob a ótica dos profissionais de saúde e dos idosos e compreender a representação social do idoso

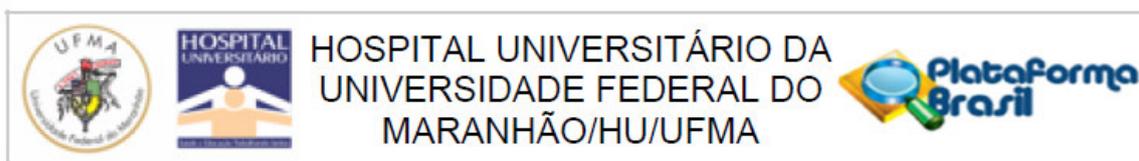
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco referido esta associado a o aspecto emocional entretanto os participantes são livres para desistirem em participar. Os benefícios estão associados a relevância social oportunizando estratégias para melhorar a qualidade da assistência aos idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos. O protocolo teve a primeira aprovação em 16/11/2012 com Parecer nº 128.214 com proposta final de execução para

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 949.100

outubro/14. Pesquisador inseriu emenda solicitando prorrogação e inclusão de objetivo específico e inclusão de outras instituições, apresentando documento comprobatório de autorização do gestor, justificando a importância relacionada ao número da amostra.

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) orçamento e emenda solicitando prorrogação do período de coleta e inclusão de mais um local de coleta juntamente com a autorização do gestor do local. Atende, portanto às exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, sendo a emenda aprovada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

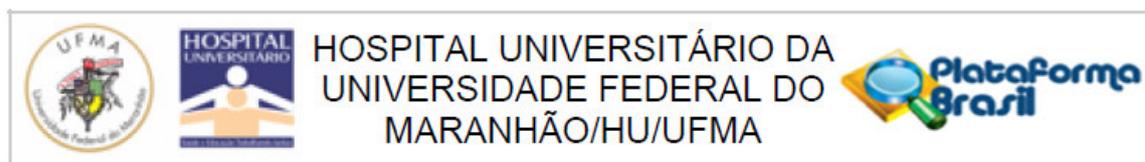
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço:	Rua Barão de Itapary nº 227		
Bairro:	CENTRO	CEP:	65.020-070
UF:	MA	Município:	SAO LUIS
Telefone:	(98)2109-1250	Fax:	(98)2109-1223
		E-mail:	cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 949.100

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 09 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa**  
**(Coordenador)**

## ANEXO B – ESCALA DE RICO DE QUEDA DE DOWNTON

<b>Quedas Anteriores</b>	Não	0
	Sim	1
<b>Medicamentos</b>	Nenhum	0
	Tranquilizantes / Sedativos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros Medicamentos	1
<b>Déficits Sensoriais</b>	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades	1
<b>Estado Mental</b>	Orientado	0
	Confuso	1
<b>Deambulação</b>	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1

**ANEXO C - ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL (FES-I-BRASIL)**

<b>Questões</b>	<b>Nem um pouco preocupado (1)</b>	<b>Um pouco preocupado (2)</b>	<b>Muito preocupado (3)</b>	<b>Extremamente preocupado (4)</b>
Limpando a casa (ex.: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	1	2	3	4
Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
Preparando refeições simples	1	2	3	4
Tomando banho	1	2	3	4
Indo às compras	1	2	3	4
Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
Pegando algo acima de sua cabeça ou no chão	1	2	3	4
Ir atender ao telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
Andando sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	1	2	3	4
Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
Indo a uma atividade social (ex.: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4