



NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO

Curso: Fisioterapia

Equipe:

Professor Coordenador/Orientador: Clara Maria Crispim Muniz

Alunos: Aliuska Souza Santos

Elys Myrian Laet Galindo de Araújo Cristovão

Daniel Rubens Menezes de Siqueira Brito

Juliana Cordeiro Carvalho

Sammya Barreto de Oliveira Alves

CONFIANÇA DE IDOSOS PARA REALIZAR ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Relatório de Pesquisa

CAMPINA GRANDE – PB

2012

CLARA MARIA CRISPIM MUNIZ

**CONFIANÇA DE IDOSOS PARA REALIZAR
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

CAMPINA GRANDE – PB

2012

RESUMO

Introdução: As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso, e o medo de cair normalmente faz com que os idosos evitem caminhar, enfraquecendo seus músculos, levando a perda da confiança na realização de Atividades de vida Diária (AVD's). **Objetivo:** verificar o grau de confiança para a realização das atividades de vida diárias (AVD's) em idosos ativos no município de Campina Grande, tendo como objetivos específicos: comparar o grau de confiança para a realização das AVD's entre idosos com e sem história de quedas, analisar a influência de variáveis relativas ao perfil da amostra com o histórico de quedas e listar os fatores de riscos associados à quedas dos idosos. **Metodologia:** Trata-se corte transversal realizado com 238 idosos saudáveis/ativos residentes município de Campina Grande-PB, com 60 anos ou mais, sem história de doenças que afetem suas habilidades de marcha e equilíbrio. A coleta de dados ocorreu de março a novembro de 2012, em locais públicos, através da aplicação de um formulário com questões sobre condições sócio-demográficas, histórico da saúde e de quedas, e a Falls Efficacy Scale (Escala de eficácia de quedas). Foram utilizadas a análise bivariada e a regressão linear logística no tratamento das variáveis. **Resultados:** Os idosos participantes da pesquisa tiveram média de 70,45 anos ($\pm 7,4$), sendo a maioria, 60,9%, do sexo feminino. O histórico de pelo menos uma queda ao ano foi encontrado em 53,8% dos participantes. Os resultados das associações na análise bivariada entre as variáveis categóricas e o histórico de quedas, mostrou que o homem não cai com frequência, se comparado com a mulher; sujeitos com renda inferior a 1 salário mínimo são mais susceptíveis a quedas; idosos que não apresentam doenças não caem com frequência; idosos que não fazem uso de medicamentos têm menos frequência de quedas; e sujeitos minimamente confiantes para realizações de atividades rotineiras de vida diária apresentaram maior frequência de quedas. Ao realizar a regressão logística, apenas duas variáveis apresentaram significância: o sexo ($p = 0,036$) e grau de confiança ($p = 0,001$). Quanto aos motivos da queda 38,28% relataram cair por distração, 35,93% por um obstáculo, 13,28% pela presença de água no chão, 7,81% por causa de tapetes, 5,41% por calçado inadequado e 8,59% por outros motivos. **Conclusão:** Foi constatada significância entre o grau de confiança e a frequência de quedas, demonstrando que idosos minimamente confiantes nas AVD's tem mais possibilidade de cair, daí a importância da equipe de saúde na tentativa de proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável, prolongando seu potencial de funcionalidade, atendendo a questões preventivas em relação as suas atividades de vida diárias.

Palavras-chave: Acidentes por quedas, idoso, medo.

ABSTRACT

Introduction: The falls have several impacts on the elderly life, which can lead to morbidity, mortality, functional deterioration, hospitalization, institutionalization, besides the expenditure increasing on health services. The fear of falling often makes the elderly avoid walking, thus making their muscles weaken and leading to loss of confidence in performing Daily Living Activities (DLA). **Objective** to determine the degree of confidence to realize the performing Daily Living Activities (DLA) in the active elderly from Campina Grande, having as specific objectives: to compare the degree of confidence in the performance of DLA's among elderly with and without history of falls, to analyze the influence of variables as to the profile of the sample with a history of falls and list the risk factors associated with falls among the elderly. **Methodology:** This is a transverse section of 238 healthy/active elderly people living in Campina Grande–PB, aged 60 or older, with no history of diseases that affect their gait and balance skills. Data collection occurred from March to November 2012, in public places, by the form application with socio-demographic, history of health and falls questions, and the Falls Efficacy Scale (FES). There were used the bivariate analysis and the logistical linear regression for the treatment of variables. **Results:** The elderly participants of this research had a mean of 70.45 years (+7.4), the majority, 60.9 % were female. The history of, at least, one fall per year was found in 53.8 % of participants. The results of the associations in bivariate analyses between categorical variables and the history of falls, showed that the man does not fall often, compared with women, subjects with income below one minimum wage are more susceptible to falls; elderly who do not have disease do not fall often, elderly who do not use drugs have less frequency of falls, and subject to minimally confident achievements routine activities of daily living were more frequent falls. By performing logistic regression, only two variables were significant: sex ($p = 0.036$) and degree of confidence ($p = 0.001$). Concerning the reasons of falling, 38.28% reported falling by distraction, 35.93% by an obstacle, 13.28% by the presence of water on the floor, 7.81% because of carpets, 5.41% by inappropriate pavement and 8.59% by other reasons. **Conclusion:** It has been found significance between the degree of confidence and frequency of falls, showing that elderly minimally confident in DLA is more likely to fall, hence the importance of physiotherapy in an attempt to provide the elderly healthy aging, extending its potential functionality, attending to preventive issues with respect of their activities of daily living.

Keywords: Accidental falls, elderly, fear.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS ALTERAÇÕES	7
2.2 EQUILÍBRIO E O GRAU DE CONFIANÇA	9
2.3 QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA	10
3 METODOLOGIA	12
3.1 TIPO DE PESQUISA	12
3.2 LOCAL DA PESQUISA	12
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	12
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	13
3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	13
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	14
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	15
4 RESULTADOS	16
5 DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICES	27
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Erro! Indicador não definido
APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	28
ANEXOS	31
ANEXO A - FALLS EFFICACY SCALE (FES)	32
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	33

1 INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento se inicia muito antes dos 60 anos, é nesta idade que ocorre o ingresso do indivíduo na terceira idade (PICKLES et al., 2000). Após os 75 anos, os índices de incapacidade aumentam rapidamente, reduzindo a capacidade da população da terceira idade para a vida independente e aumentando a sua necessidade em relação à prestação das suas atividades diárias.

O grau de funcionalidade ou de incapacidade de um indivíduo resulta da interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais. Assim, o termo incapacidade abrange deficiências, limitações das atividades e restrições da participação social (MORAES, 2009).

A queda pode ser definida como ocorrência de um evento não intencional que leva uma pessoa, inadvertidamente, ao chão em um mesmo nível ou em outro inferior. É um evento freqüente e temido pelos idosos, constituindo grave problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, cujo contingente de idosos cresce de forma exponencial (REBELLATO, 2007).

O envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando as quedas. Uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas (SIQUEIRA et al, 2007).

Entre os vários acontecimentos da população idosa, a queda é um único evento que pode trazer relevantes conseqüências, como um maior tempo de hospitalização e maior demanda por medicamento, além das fraturas, úlceras de decúbito, síndrome do imobilismo que poderão surgir (REBELLATO, 2007). Existe também a perda da confiança para caminhar devido ao temor de novas quedas, levando ao sujeito diminuir sua mobilidade, diminuição da força muscular, enfraquecimento das pernas, levando à condição de dependência, e ao isolamento social.

Neste contexto, pretendeu-se com este trabalho verificar o grau de confiança para a realização das atividades de vida diárias (AVD's) em idosos ativos no município de Campina Grande, tendo como objetivos específicos: comparar o grau de confiança para a realização das AVD's entre idosos com e sem história de quedas, analisar a influência de variáveis relativas ao perfil da amostra com o histórico de quedas e listar os fatores de riscos associados à quedas dos idosos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A modificação da capacidade funcional do idoso tem repercussões importantes na sua independência, no seu estilo e qualidade de vida, o que gera um ciclo-vicioso para sua mobilidade (PERRACINI, 2009). As Quedas em pessoas idosas são freqüentes, admitida como certas e consideradas como conseqüência inevitável do envelhecimento (GARY, 2005).

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS ALTERAÇÕES

A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (BRASIL, 2010).

Para Carvalho e Garcia (2003) no envelhecimento populacional é onde ocorre a mudança da estrutura etária da população, onde a qual produz um aumento significativo no total de pessoas de determinada idade, o que define o início da velhice.

É importante ter em mente certa diferenciação de estar na terceira idade e ser “velho”, com conceitos filosófico-sociais. A concepção da sociedade de ver o idoso como o ser velho é relacionada à idéia de perdas, sejam elas biológicas ou sociais, traz idéia de estagnação, de inflexibilidade e de inutilidade, além da capacidade pessoal e isolamento social. E estar na terceira idade significa uma nova perspectiva de pensar e vivenciar as transformações sofridas pelo envelhecimento, é a busca do novo, e acompanha as mudanças sociais (SOMCHINDO; FERNANDES, 2003).

No Brasil impressiona a rapidez com que tem acontecido o envelhecimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025 a população idosa no Brasil crescerá 15 vezes, contra 5 vezes da população total. Isso classifica o país como a sexta população do mundo em idosos, correspondendo a mais de 32 milhões de pessoas com idade 60 anos (ANDRADE et al, 2006).

O aumento da expectativa de vida da população é uma realidade entre os diversos grupos populacionais, onde resultam em envelhecimento da população e conseqüente aumento proporcional das doenças crônico-degenerativas. Todas essas mudanças têm despertado grande interesse na área da saúde pública (SIQUEIRA et al, 2007).

Os fatores de risco que contribuíram para o envelhecimento demográfico são: a

industrialização, a urbanização, os avanços da medicina, da tecnologia, do saneamento básico que proporciona a queda dos níveis de fecundidade e de mortalidade, favorecendo o aumento da expectativa da vida da população (CARDOSO; GUERRA, 2007).

O perfil mundial das doenças está mudando em ritmo rápido, especialmente em países de baixa e média renda. Em 2007, aproximadamente 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); em contraste com 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos (BECK et al, 2011).

Muitos idosos associam o declínio da saúde com um processo decorrente do envelhecimento, relatando que a dor, desconforto e a dificuldade na realização de algumas atividades é consequência natural da vida e por isso se acostumam com a situação. Mas com o passar do tempo, as alterações no corpo foram sendo vistas e com isso o surgimento de doenças crônicas, afetando essa condição física e muitas vezes mental, e hoje os idosos enfrentam com coragem o natural processo de envelhecimento.

As alterações decorrentes do envelhecimento estão associadas à degeneração da junção neuromuscular e redução do número total de unidades motoras. Conseqüentemente, observa-se redução de 30 a 50% da força muscular entre 30 e 80 anos, da mesma forma ocorre diminuição da massa óssea, nas mulheres pós-menopausa atinge 50% e nos homens é tardio sendo 30%. O acometimento do aparelho ósteo-muscular é um marco do envelhecimento, é o maior responsável pela perda funcional na velhice. Os mecanismos responsáveis pela redução de fibras musculares, massa muscular e força muscular são multifatoriais, associadas à redução da taxa de síntese protéica (MORAES, 2009). Com o envelhecimento, há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido nobre paulatinamente substituído por colágeno e gordura (ROSSI; SADER, 2002).

A osteoporose, por se tratar de doença crônica silenciosa com alta prevalência entre os idosos, apresenta elevada taxa de morbimortalidade e altos custos, sendo um sério problema de saúde pública no Brasil, principalmente em mulheres. As mais sérias conseqüências clínicas da osteoporose são as fraturas e suas complicações: dor, incapacidade a curto e longo prazo, hemorragia, tromboembolismo, choque e morte (ARSKY, 2009).

Existe uma redução da força muscular, associada à diminuição no tamanho e número das fibras musculares e na quantidade de motoneurônios, lentidão na contração dos músculos e uma maior rigidez do sistema motor nos idosos. Fatores que diminuem a ação

antigravitacional, aumentando as quedas (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMANN, 2002).

A composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento. A água principal componente corresponde a 70% do organismo na criança, 60% no adulto jovem e a 52% no idoso. A redução verificada no idoso em relação ao adulto jovem refere-se, principalmente ao conteúdo intracelular. Devido à redução do componente aquoso do organismo, o idoso pode ser considerado um “desidratado crônico” e, mediante perdas moderadas de líquido, já apresenta desidratação evidente (PAPALÉO NETTO, 2007).

Segundo Hargreaves (2006) o sistema cardiovascular as alterações se dão pela diminuição do enchimento ventricular resultando em alteração da perfusão dos diversos órgãos, aumento do risco de complicações cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, aumento do retorno venoso profundo com conseqüentemente aumento da pressão arterial.

No sistema visual, o envelhecimento tende a apresentar diminuição da acuidade e do campo visual, diminuição na velocidade de adaptação ao escuro e o aumento limiar de percepção luminosa. O sistema somatossensorial, ao envelhecer, pode apresentar perda de fibras proprioceptivas relacionadas à sensibilidade cinestésica (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMANN, 2002).

Nas articulações sinoviais percebe-se, a redução do número de células, proteoglicanas e espessamento e proliferação das fibras de colágeno, acarretando adelgaçamento, rachaduras, e fendas na cartilagem articular (CARVALHO FILHO; PAPALÉO-NETTO, 2000). Como conseqüência há uma diminuição de mobilidade articular, levando o idoso a um processo de redução de amplitude de movimento e aumento da rigidez. Sendo que a rigidez do tecido conjuntivo periarticular, que inclui ligamentos, cápsula articular associada, aponeuroses, tendões, tecido conjuntivo intramuscular e pele, certamente precisa ser considerada como fator principal para a amplitude limitada dos movimentos no idoso (NEUMANN, 2002).

A velhice é permeada por momentos de reflexão e de análise, especialmente do passado que, quando não é satisfatório, pode favorecer sentimentos de inadequação e de culpa, responsáveis por gerar tais alterações e comprometimento no idoso.

2.2 EQUILÍBRIO E O GRAU DE CONFIANÇA

Um das características mais marcantes do processo de envelhecimento é o declínio gradual da capacidade de desempenho muscular. Esse fenômeno é uma das principais causas de perda de autonomia de ação dos idosos. A reserva funcional da força pode se tornar tão

reduzida nos idosos que perdas á primeira vista sem importância, pode representar a diferença entre uma vida independente ou não – a função muscular é, inegavelmente, importante para um grande número de atividades do dia-a-dia (FARINATTI, 2008).

O equilíbrio é a capacidade que o corpo possui de manter o centro da gravidade nos limites da base de suporte, passando para o idoso a sensação de maior confiança (DELIBERATTO, 2007).

Muitos profissionais acreditam fielmente que o medo de cair contribui um “endurecimento” do corpo, uma contração desnecessária dos músculos e uma postura flexionada, o que produz um padrão de ajuste as perdas de equilíbrio diferente dos ajustes realizados pelas pessoas mais jovens. Os idosos muitas vezes com medo de cair, inclinam-se de uma maneira que se ocorrer uma queda, seja ela para frente, eles possam usar os braços como apoio, enquanto apresentam medo exagerado ao cair para trás, pelo receio de bater a cabeça, ou fraturar o quadril ou as costas (SPIRDUSO, 2005).

O sistema vestibular é referencial absoluto na manutenção do equilíbrio. Seu déficit funcional pelo envelhecimento resulta em alterações no equilíbrio e aumento na possibilidade de queda, portanto aqueles que têm maior dificuldade para realizar mais de uma atividade física rotineira, como tomar banho, andar ou comer, também apresentam maior probabilidade (CASTRO, 2007). Associada a outros fatores como doenças, uso inadequado de alguns medicamentos, diminuição na mobilidade e da força muscular geral, e a presença de obstáculos ambientais, também levam a uma alta prevalência (BRITTO, et al., 2005; PERRACINI, 2002).

O medo de cair normalmente faz com que os indivíduos evitem caminhar, enfraquecendo seus músculos e minimizando sua capacidade funcional. Em um estudo 4% dos indivíduos que caem disseram que se esquivavam de certas atividades para evitar a possibilidade de cair e 34% tinham medo de sofrer uma queda durante o ano. Nesse estudo, os sujeitos que sentiam medo de cair classificaram seu medo como maior do que o medo de ser roubado, esquecer compromissos importantes ou ter dificuldades financeiras (SPIRDUSO, 2005).

2.3 QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA

Arthur et al (2008) define a queda como um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil e apoio no solo, em decorrência da

perda total do equilíbrio postural e relacionada à insuficiência dos mecanismos envolvidos na manutenção da postura (COSTA JÚNIOR, 2004).

Freitas et al (2006) contam que as quedas constituem importantes problemas na saúde pública pelos prejuízos pelos altos custos assistenciais e a morbidade.

A incidência de quedas chega a atingir 32% dos pacientes de 64 a 74 anos; Angelis et al (1997) afirma que 35% dos pacientes de 75 a 84 anos e até 51% em idosos acima de 85 anos. No Brasil, 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, sendo a frequência maior em mulheres do que em homens da mesma faixa etária (DIAS et al, 2005). Silva et al (2007) ressalta que as quedas são mais prevalentes em mulheres, pelo fato de serem mais vulneráveis às fraturas, principalmente dos membros inferiores, associado à existência de osteoporose.

Nas quedas o risco de cair está relacionado à quantidade de fatores intrínsecos à vítima e aos fatores extrínsecos ao momento da queda. Os fatores intrínsecos que aumentam o risco de quedas estão relacionados a doenças crônicas ou a mudanças associadas à idade. Os fatores extrínsecos que perturbam o equilíbrio incluem riscos ambientais, riscos nas atividades diárias e, em indivíduos mais frágeis, movimentos como se virar, inclinar-se ou se esticar para alcançar um objeto. Os fatores de risco incluem: anormalidades no equilíbrio, fraqueza muscular, distúrbios visuais, anormalidades na marcha, doença cardiovascular, comprometimento cognitivo, e medicações (SPIRDUSO, 2005).

O medo de cair impõem restrições de determinadas atividades aos idosos, pois não se acham capazes de realizá-las. Por sua vez, ao ficarem restritos, acabam comprometendo a qualidade de vida e apresentam predisposição para a redução secundária na força muscular e condicionamento cardiovascular (COLLEN et al, 2009).

Cerca de 40 a 60% das quedas levam a algum tipo de lesão, sendo que 30 a 50% resultam em lesões menores (escoriações e contusões menores), e 5 a 6% em lesões maiores excluindo fraturas (hematoma subdural e contusões maiores) e 5% levam a fraturas. O meio no qual o idoso está inserido pode tornar-se um importante fator de riscos de quedas, se esse ambiente for considerado inseguro (MORAES, 2009). Pereira et al (2001) afirmam que mais de 70% das quedas ocorrem dentro de casa.

Pessoas idosas que sofrem uma ou mais quedas, podem desenvolver medo de cair, o que leva a perda de confiança, a habilidade de realizar tarefas rotineiras, restrição nas atividades, isolamento social, declínio funcional, depressão e diminuição da qualidade de vida. Pessoas com medo de cair mostram alterações na marcha que incluem diminuição do tamanho da passada, redução da velocidade, aumento da separação entre os pés e aumento do tempo de apoio duplo (KISNER, 2009).

3 METODOLOGIA

A seguir serão detalhados os métodos utilizados para a realização deste estudo, destacando o tipo de estudo, local da pesquisa, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, procedimentos e instrumentos usados para a coleta de dados; análise dos dados e por fim as considerações éticas.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa realizada através de um corte transversal de base populacional, e quantitativa; sendo alicerçada na obtenção de informações através de dados primários. Segundo Vieira e Hossne (2001), o estudo transversal é feito para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento; e quantitativa, uma vez que irá empregar a quantificação para avaliar e analisar o grau de confiança e a severidade de quedas em idosos do município de Campina Grande.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada em praças, parques e próximo a igrejas no município de Campina Grande-PB.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o cálculo amostra, foi realizada uma estimativa da população de acordo com os dados do senso demográfico do IBGE (2010). Ao analisar os resultados publicados em tabelas no site do referido órgão, obteve-se o seguintes dados:

- a) A população de indivíduos idosos (acima de 60 anos) residentes na cidade de Campina Grande-PB é em torno de 42.654 idosos, destes 40.301 (94,48%) residem em zona urbana;
- b) Declararam tem alguma deficiência 25.662 idosos.

Como não há dados relativos quanto ao número de idosos deficientes que moram em áreas urbanas, a população de idosos deficientes foi estimada em 94,48% de 25.662 (mesma proporção de idosos totais em zona urbana), ou seja: 24.246 idosos.

Com esta informação, concluiu-se que a população estimada de idosos sadios/ativos foi de 16.055 sujeitos.

A amostra calculada no software EpiInfo (Versão 3.5.2) gerou um número de 317 participantes, para o cálculo amostral foi utilizado: a população estimada de idosos saudáveis/ativos acima de 60 anos, a prevalência estimada de quedas em 30%, o coeficiente de correção amostral de 1, e uma margem de erro de 5%.

Entretanto, por se uma pesquisa cuja abordagem dos participantes foi por conveniência, não se atingiu o número esperado. Foram entrevistados 238 sujeitos, portanto os resultados apresentados são significantes para esta amostra, não podendo ser generalizada para toda a população idosa com estas características no município de Campina Grande-PB.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fizeram parte do estudo indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, com habilidades de marcha e equilíbrio normais para a idade, independentemente do sexo ou raça, residentes na zona urbana do município de Campina Grande-PB, que aceitassem participar da pesquisa voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Foram considerados como idosos ativos todos aqueles que frequentassem praças, igrejas e parques no município de Campina Grande-PB, ou seja, idosos que de alguma formam participavam da vida social da comunidade.

Eram excluídos da pesquisa os sujeitos que apresentassem: Doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico, Doença de Alzheimer, ou outras doenças que acometam o sistema nervos; idosos que apresentassem deficiência visual ou auditiva, síndromes vertiginosas (associadas ou não ao uso de medicamentos), amputações de membros, deformidades articulares que compromettesse a marcha, história de cirurgia neurológica, ou que desistissem voluntariamente de participar da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de março de 2012 a novembro do mesmo ano, para tanto foi utilizado um formulário contendo questões sobre condições sócio-demográficos, histórico da saúde e de quedas (APÊNDICE 2).

Para avaliação da segurança e medo de cair, foi utilizado a Falls Efficacy Scale (FES) (TINETTI, 1990) – Escala de eficácia de quedas (ANEXO A) – tendo sido validado para a

língua portuguesa com elevada fiabilidade teste-reteste ($ICC=0,95$), e consistência interna com α de Cronbach de 0.88 (MELO, 2011).

Os pesquisadores, previamente treinados, a cada semana e em horários alternados, foram a um dos locais públicos no município de Campina Grande, por onde poderiam transitar indivíduos com mais de 60 anos. Apresentaram-se como pesquisadores e em seguida os objetivos da pesquisa, ao idoso abordado foram indagados os critérios de inclusão e exclusão; caso selecionado, o idoso foi orientado a dar o seu consentimento assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), para ser aplicado o questionário e a Escala de eficácia de quedas.

Foi considerado como queda todo episódio que culminasse com o ato de cair no chão, e como desequilíbrio, uma queda evitada por uma reação de sustentação do corpo. E conseqüentemente analisado a severidade da queda e o grau de confiança.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Algumas variáveis quantitativas foram transformadas em categóricas, e ambas foram utilizadas para a análise estatística.

A idade foi categorizada em faixa etária, sendo subdividida em três grupos: o idoso jovem - 60 a 69 anos, o idoso - 70 a 79 anos, o idoso senil - a partir de 80 anos, assim como encontrado nos estudos Santosa e Sichieri (2005).

Para avaliação do grau de confiança foi realizada a média das respostas aos itens da FES, este resultado foi nomeado de Escore do Grau de confiança, que por sua vez foi subdividida em três grupos nas seguintes faixas: sem confiança (de 1 a 3,9), minimamente confiante (4 a 7,9), confiante (8 a 10).

As variáveis: doença, medicamento e atividade física ou fisioterapia; com número de respostas muito grandes, foram simplificadas a variáveis dicotômicas, ou seja, com respostas sim ou não.

Os fatores responsáveis pelas quedas foram subdivididos em 3 categorias: fatores intrínsecos, extrínsecos e ambos. Os fatores intrínsecos referiam-se as causas de quedas relativas ao próprio idoso: distração, medo, emocional, bebida, medicamento, pressa e mal estar. Os fatores extrínsecos referiam-se as causas externas: tapete, água no chão, obstáculo, agressão física, outra pessoa adulta ou criança e calçado inadequado.

Na estatística descritiva as variáveis quantitativas foram expressas em médias e desvios padrões; e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

A estatística analítica, para correlacionar o grau de confiança com o histórico de quedas, foi realizada em três etapas, detalhadas a seguir:

1) As variáveis categóricas independentes – sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda, doença, medicamento, fumo, etilismo, atividade física ou fisioterapia, transporte e grau de confiança – foram correlacionadas com o histórico de quedas através da análise bivariada com o teste de Qui-quadrado;

2) As variáveis quantitativas independentes – Idade e Escore do Grau de confiança, normais de acordo com o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov – foram comparadas com o histórico de quedas através do Teste T para amostras independentes;

3) As relações significantes encontradas nos resultados das etapas 1 e 2, foram submetidas a análise multivariada, através do teste de regressão logística, para descartar a possibilidade de outras variáveis estarem influenciando o resultado da associação do grau de confiança e o histórico de quedas.

Os dados foram digitalizados e tratados no programa estatístico IBM SPSS Statistics 20. Foram considerados significantes valores de $p < 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa teve seu início a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CESED (CEP-CESED), de acordo com a resolução 196/96 do CONEP, que fornece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres (ANEXO B).

A participação dos idosos foi voluntária, sendo-lhes esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa, e apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) cuja assinatura permitiu a inclusão do sujeito na pesquisa. Os pesquisadores assumiram manter o anonimato dos participantes selecionados para o estudo.

4 RESULTADOS

Dentre os 238 idosos que participaram da pesquisa, 39,1% eram homens e 60,9% mulheres e suas idades variaram entre 60 a 100 anos, com média de 70,45 anos ($\pm 7,4$). A faixa etária de idosos jovens compreendeu 51,3%, idoso 36,1% e idoso senil 12,6%. Destes 54,9% são casados, 32,1% viúvos, além de outros 13%. A maioria era branco, representando 63,5% e os outros 36,5% se distinguiram em negro e pardos. No que diz respeito aos hábitos de vida 71,4% praticam atividades físicas, 90,3% não são fumantes e 85% não são etilistas; 66,4% responderam ser aposentados e os outros 80 33,6% dizem ainda exercer uma profissão.

O histórico de pelo menos uma queda ao ano foi encontrado em 128 (53,8%) dos 238 idosos estudados. Os resultados das associações na análise bivariada entre as variáveis categóricas e o histórico de quedas, estão representados na tabela 1 contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) e os resultados de p para o teste de Qui-quadrado de Pearson. Nota-se que as variáveis apresentadas são as que apresentaram p significativos para valores iguais ou menores que 0,05.

Tabela 1: Associações entre o histórico de quedas com sexo, renda, doença, medicamento e grau de confiança.

	NÃO CAIU		CAIU		TOTAL		p
Sexo							0,033
Homem	51	21,4%	42	17,6%	93	39,1%	
Mulher	59	24,8%	86	36,1%	145	60,9%	
Renda							0,010
Até 1SM*	35	15,1%	25	10,8%	60	25,9%	
1 a 2SM	33	14,2%	47	20,3%	80	34,5%	
2 a 3SM	11	4,7%	19	8,2%	30	12,9%	
3 a 4 SM	9	3,9%	23	9,9%	32	13,8%	
Acima de 4SM	19	8,2%	11	4,7%	30	12,9%	
Doença							0,042
Sim	73	30,7%	100	42,0%	173	72,7%	
Não	37	15,5%	28	11,8%	65	27,3%	
Medicamento							0,024
Sim	68	29,1%	95	40,6%	163	69,7%	
Não	41	17,5%	30	12,8%	71	30,3%	
Grau de Confiança							0,001
Minimamente confiante	9	3,8%	32	13,4%	41	17,2%	
Muito confiante	101	42,4%	96	40,3%	197	82,8%	

*SM = Salário Mínimo

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

O sentido da associação determinado pelo valor residual indicou que:

- O homem não cai com frequência, se comparado com a mulher;
- Sujeitos com renda inferior a 1 salário mínimo são mais susceptíveis a quedas;

- c) Idosos que não apresentam doenças não caem com frequência;
- d) Idosos que não fazem uso de medicamentos têm menos frequência de quedas;
- e) Sujeitos minimamente confiantes para realizações de atividades rotineiras de vida diária apresentaram maior frequência de quedas.

As variáveis cujas análises bivariadas não apresentaram significância foram: faixa etária, estado civil, escolaridade, transporte, hábito de fumar, uso de bebida alcoólica, atividade física ou fisioterapia. Embora o resultado não tenha sido significativo, são encontrados na literatura científica estudos que reforçam a influência dessas variáveis no histórico de quedas de idosos.

Ao comparar o histórico de queda com a idade e a média do escore do Grau de confiança, através do teste T para amostras independentes, não foram encontrados resultados significativos.

Ao realizar a regressão logística com as variáveis: sexo, renda, doença, medicamento e grau de confiança; apenas duas variáveis apresentaram significância, que foram a correlação entre o sexo e grau de confiança. Observa-se na tabela 2 que os homens apresentaram uma razão de prevalência menor do que 1, indicando ser um fator de proteção a queda, e que os minimamente confiantes apresentaram 3 vezes mais quedas que os confiantes.

Tabela 2: Correlação entre o sexo e o grau de confiança com a prevalência de quedas.

VARIÁVEL	% na amostra	Prevalência de Quedas	Razão de Prevalência (IC 95%)	p
Sexo				p = 0,036
Mulheres	60,9%	36,1%	1	
Homens	39,1%	17,6%	0,561 (0,327 - 0,962)	
Grau de Confiança				p = 0,001
Confiante	82,8%	40,3%	1	
Min. confiante	17,2%	13,4%	3,764 (1,696 – 8,351)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Dentre os idosos que caíram, a maioria relatou uma queda leve como pode ser observado na Tabela 3, entretanto não houve associação estatística entre a severidade de quedas e os fatores de risco. Os fatores de risco foram divididos em: causas intrínsecas, relacionadas ao próprio indivíduo; causas extrínsecas, relativas ao meio ambiente e ambos fatores.

Tabela 3: Associação entre a severidade de quedas e os fatores de risco.

SEVERIDADE DA QUEDA	EXTRÍNSECO		INTRÍNSECO		AMBOS		TOTAL	
Leve	31	24,4%	24	18,9%	5	3,9%	60	47,2%
Moderada	26	19,7%	13	10,2%	12	9,4%	51	39,4%
Grave	9	7,1%	5	3,9%	3	2,4%	17	13,4%
TOTAL	66	51,2%	42	33,1%	20	15,7%	128	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Foram 150 quedas para 79 idosos, equivalendo aproximadamente a 2 quedas por idoso em um ano. As quedas recorrentes foram relatadas em 27 (34%) dos idosos.

Após a queda, dentre os 128 idosos 28 (21,9%) negaram qualquer comprometimento em decorrência da queda, 57 (44,5%) apresentaram um comprometimento, e 43 (33,6%) mais de um comprometimento.

Nota-se que o medo de cair e as lesões na pele foram os prevalentes. A frequência dos comprometimentos oriundos das quedas está apresentada na tabela 4, vale ressaltar que 33,6% dos participantes apresentaram mais de um comprometimento.

Tabela 4: Frequência de comprometimento por sexo

COMPROMETIMENTO	Homem		Mulher		p
Medo de Cair	12	9,4%	19	14,8%	p = 0,422
Lesão na Pele	12	9,4%	19	14,8%	p = 0,422
Fratura	4	3,1%	23	18,0%	p = 0,025*
Dor no Corpo	9	7,0%	16	12,5%	p = 0,705
Edema/Hematoma	5	3,9%	20	15,6%	p = 0,128
Sem Comprometimento	16	12,6%	41	32,3%	p = 0,305

*Valor significativo

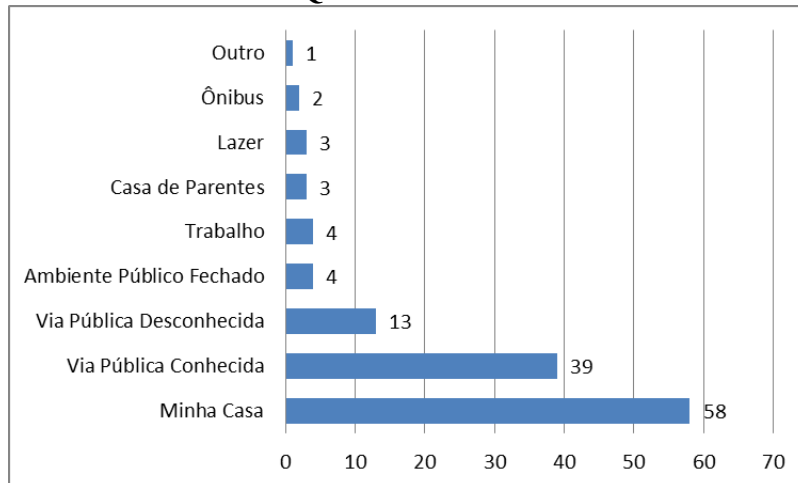
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Apesar de não existir associação entre a severidade da queda e o sexo, foi observado que a maioria das quedas em homens foram leves enquanto que nas mulheres foram moderadas. A análise bivariada entre o sexo e comprometimento da fratura mostrou resultado significativo com $p < 0,05$, ressaltando que o sexo feminino foi mais susceptível ao comprometimento da fratura em relação ao sexo masculino.

Em relação aos motivos da queda 49 (38,28%) idosos relatam cair por distração, 46 (35,93%) idosos por causa de um obstáculo, 17 (13,28%) idosos por causa de água no chão, 10 (7,81%) por causa de tapete, 7 (5,41%) idosos por causa de calçado inadequado e 11 (8,59%) idosos por outros motivos. Vale ressaltar que alguns sujeitos relataram mais de um motivo para as quedas.

Ao ser questionado quanto ao local da queda, verificou-se que a maioria dos idosos caiu nas suas próprias casas, seguido de via pública conhecido, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 – Local da Queda



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

5 DISCUSSÃO

Dentre os idosos que participaram da pesquisa, foram 39,1% homens e 60,9% mulheres, com média de 70,45 anos ($\pm 7,4$). Ao analisar os resultados gerais da amostra do Censo Demográfico 2010, pode-se observar a prevalência de 61,2% de mulheres e 38,8% de homens acima dos 60 anos residentes na área Urbana de cidade de Campina Grande – PB (IBGE, 2010), corroborando com o perfil da amostra com relação ao sexo.

Com relação à renda familiar, a maioria (34,5%) declarou receber entre 1 e 2 salários mínimos, resultado semelhante foi observado no estudo de Costa (2008) que constatou que os idosos de Campina Grande apresentam o maior índice de rendimentos pessoais de até dois salários mínimos quando comparados aos outros rendimentos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (NÓBREGA, 1999) e Araújo et al (2008), a prevalência de quedas aumenta a medida que aumenta a faixa etária, nesta pesquisa a variável faixa etária não mostrou diferença significativa, isto pode ter acontecido em virtude de nossa amostra ser com idosos ativos, ou seja, que frequentam praças, parques, igrejas.

Foi verificado em nossa pesquisa que 66,4% responderam ser aposentados e os outros 33,6% dizem ainda exercer uma profissão. Segundo Pinto et al (2008), os idosos que estão inseridos no mercado de trabalho tem maior predisposição a quedas neste ambiente, mas ressalta que a maioria das quedas acontecem no próprio ambiente domiciliar; corroborando com os achados de nossa pesquisa.

De acordo com Siqueira (2007) quanto mais medicamento o idoso utiliza maior a probabilidade de ter diversidades de doenças e maior possibilidade de quedas. A prevalência de uso de medicamentos, ajustada por idade, é maior entre as mulheres, as quais apresentam piores estado funcional e saúde auto-referida, sintomas depressivos e hospitalizações (ROZENFELD, 2003). Por mais que os autores destaquem a relação entre o uso de medicamentos e a frequência de quedas, no presente estudo não houve associação entre estas variáveis, ao realizar análise multivariada, embora isto tenha acontecido na análise bivariada.

Estudos indicam que um terço das pessoas com 65 anos ou mais cai ao menos uma vez por ano e a metade desses casos é recorrente (SANTOS, 2007). Resultado divergente foi encontrado no presente estudo, onde 53,8% dos idosos com mais de 60 anos caíram ao menos uma vez e destes 34% apresentaram quedas recorrentes.

Observa-se que na associação entre quedas por sexo, os homens caíram 17,6% enquanto as mulheres 36,1%. As ocorrências de quedas encontradas no presente estudo

seguiram os padrões dos países ocidentais como relatado por Siqueira (2007). Segundo Perracini e Ramos (2002) uma maior chance de queda para o sexo feminino, mostra maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, assim como maior prevalência de doenças crônicas, como ainda a exposição a atividades domésticas e a um comportamento de maior risco, enfatizando a quantidade de massa magra e de força muscular ser menor do que nos homens da mesma idade.

Quando analisado os dados em relação à severidade de quedas, foi visto que: 60 idosos relataram queda leve correspondendo a 47%, 51 (40%) idosos queda moderada e 17 (13%) idosos queda grave. Não foi encontrado na literatura nenhum achado que falasse sobre a severidade de quedas em si.

A literatura relata que o medo de cair pode acontecer entre 12% e 65% dos idosos com mais de 60 anos que vivem independentes na comunidade e sem histórico de quedas, e para aqueles que caíram, essa porcentagem varia de 29% a 92%. O aumento da idade é visto como um dos fatores de risco para a manifestação do medo de cair, uma vez que a idade avançada é indicativa de declínio da reserva funcional, e a percepção por parte dos idosos dessas perdas pode gerar um sentimento de baixa auto-eficácia e medo de cair (LOPES, 2009).

Observa-se, portanto, que o medo de cair pode ou não estar associado com um evento de quedas, porém destaca-se que uma população que já tenha experimentado cair tenha maiores possibilidades de manifestar o medo, assim como foi apresentado nos resultados desta pesquisa e nos achados do autor anterior. No presente estudo os idosos minimamente confiantes, apresentaram aumento significativo na frequência de quedas.

Segundo estudo, Fabrício (2004) relata que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado seguida por doenças neurológicas (14%). A maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar em outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números. Foi verificado que 66% das quedas ocorreram no próprio lar do idoso e 22% na rua, e o restante ocorreu na casa de parentes e amigos.

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde aumenta. Portanto, possibilitar a preservação ou melhora da capacidade funcional deve ser o objetivo de todos os profissionais que lidam com o idoso, já que de pouco adianta acumular-se longos anos de vida acompanhados por doenças, perda da independência, da autonomia e da capacidade de auto-cuidado.

6 CONCLUSÃO

O predomínio de quedas é alto entre os idosos, garantindo a conclusão de que uma alta proporção de idosos ainda sofrem quedas no município de Campina Grande - PB. Enquanto isso, ainda há deficiências na promoção dos cuidados de saúde para os idosos no que diz respeito às orientações para prevenir quedas ambientais, muitos dos quais resultam em fraturas e da necessidade de cuidados de saúde. Após a aplicação do formulário, alguns idosos relataram o desconhecimento de medidas preventivas a quedas no seu ambiente domiciliar.

Entre os idosos entrevistados, foi visto que os que são minimamente confiantes têm mais predisposição a quedas, enfatizando assim, a importância dos programas de promoção de saúde, de prevenção, tanto primária como secundária, que seria o suficiente para evitar e tratar inúmeras condições de agravo à saúde, capazes de levar à incapacidade e à dependência do idoso. Por isso, devemos desenvolver uma promoção à saúde dos idosos de forma satisfatória, sendo necessário envolvermos as estratégias de prevenção primária, que evitam o aparecimento de doenças; secundária, caracterizada pelo diagnóstico precoce de patologias ainda em fase inicial, possibilitando tratamento mais efetivo e adiando o máximo possível as manifestações mais sérias das patologias; e terciária, cuja finalidade é impedir a piora funcional, quando da enfermidade já instalada, diminuindo, assim, as incapacidades funcionais através de medidas reabilitadoras.

Quanto à severidade da queda, percebeu-se que nos homens foram mais frequentes as quedas leves, quanto que nas mulheres foram mais prevalentes as quedas moderadas. Dentre os comprometimentos, destacou-se o medo de cair, lesão na pele e a fratura, esta última apresentando resultado significativo. Ao questionar o idoso quanto ao fator que o levou a cair, os mais relatados foram distração, obstáculos, água no chão, tapete e calçado inadequado. Além destes fatores mencionados pelos idosos, o sexo feminino e o medo de cair, evidenciado pela variável grau de confiança, demonstraram serem significantes como fatores de risco a quedas.

Desta forma, a atenção fisioterapêutica é essencial para um envelhecimento saudável, prolongando seu potencial de funcionalidade, atendendo a questões preventivas em relação as suas atividades de vida diária. Entretanto, independente da assistência fisioterapêutica, todos os profissionais envolvidos no atendimento da pessoa idosa devem priorizar cuidados que possibilitem o seu melhor desempenho funcional.

Ambiciona-se, desta, que, diante da explosão da literatura técnica e científica na área da saúde do idoso em relação ao grau de confiança e a severidade de quedas, e dada à

importância de tempo para a leitura de todas as publicações sobre o envelhecimento, o presente estudo possa contribuir para a divulgação dos benefícios da atividade física para a consolidação do envelhecimento ativo e saudável no idoso, contribuindo para sua independência e autoconfiança em lidar com as atividades de vida diárias.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. A et al. **Prevalência, causas e conseqüências de quedas de idosos em instituições asilares**. 2006. Disponível em:

<http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3401>. Acesso em: 27 abr. 2012.

ANGELIS, E.C et al. Effect of voice rehabilitation on oral communication of Parkinson's disease patients. **Acta Neurol Scand**.

ARAÚJO, M. C. B., et al. Avaliação dos riscos físicos no ambiente residencial e sua influência na qualidade de vida na terceira idade. In: **XXVIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**, 2008, Rio de Janeiro. Resumo, Rio de Janeiro: ABEPRO, 2008.

ARSKY, M. L. N. S. **Difusão de informação sobre tecnologias utilizadas na prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS**. Rio de Janeiro. [s.n]; 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/lil-560353>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

ARTHUR et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago, 2008.

BECK, A.P. et al. Fatores associados as quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, [s.n], v. 20, n. 2, p. 280-6, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. **Série Pacto pela saúde**. v. 12, p. 11, 2010.

BRITTO, R. R. et al. Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Unati**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005.

CARDOSO, C. M.; GUERRA, M. C. **Avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes da universidade aberta a 3ª idade de Batatais**. Batatais, [s.n], 2007. Disponível em: < <http://biblioteca.claretiano.edu.br/ph18/pdf/20003517.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [s.n], v.19, n.3, p. 725-733, jun./ 2003.

CARVALHO FILHO, E; PAPALÉO-NETTO, M. **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CASTRO, I. A. **Primeiro estudo no país mostra perfil do idoso "caidor"**. UNIFESP. Disponível em:

<http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/index.php?c=Noticia&m=ler&cod=4991deff>. Acesso em: 06 de setembro 2012.

COLLEN, G.C.; CATHIE, S.; STEPHEN, R.L.; VICTOR, S.C.F.; JACQUELINE, C.T.C.; MARK, D.L. et al. Exercise therapy for prevention of falls in people with Parkinson's disease: A protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation. **BMC Neurology**.

COSTA, I. M. D.; MACIEL, S. M L.; CAVALCANTI, A. L. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande – PB. **Odontologia. Clín.-Científ**, Recife, v.7, n. 4, p. 331-335, out/dez., 2008.

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

DELIBERATTO, Paulo César Porto. **Exercícios terapêuticos**: guia teórico para estudantes e profissionais. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

DIAS, N.P.; FRAGA, D.A.; CACHO, E.W.A.; OBERG, T.D. Treino de marcha com pistas visuais no paciente com doença de parkinson. **Fisioterapia em Movimento**.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTAJUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. **Envelhecimento, promoção de saúde e exercício**: bases teóricas e metodológicas. Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

GARY, M. ABRAMS.; ROWLAND, Lewis P. Quedas em idosos. In: ROWLAND, Lewis P. **Merrit**: tratado de neurologia. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1104.

HARGREAVES, Luiz Henrique Horta. **Geriatrics**. 5. ed. Brasília, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características da população - amostra. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em: 07/11/2012.

NEUMANN, D. A. Considerações artrocinesiológicas no idoso. In: GUCCIONE, A.A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 53-72.

NÓBREGA, A .C. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v.5, n.6, p.207-211, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Promoción de la Salud**. Glosario. Ginebra, 1998. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
Acesso em 13 de outubro de 2012.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. In: FREITAS, E.V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 624-634.

PERRACINI, Monica Rodrigues; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.6, p. 709-716, 2002.

PERRACINI, Mônica Rodrigues.; FLÓ, Cláudia Marina. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000.

PINTO, T. C. A., et al. Morbidade por Causas Externas em Idosos e Lesões Maxilofaciais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 8, n.2, p. 159-164, maio/ago. 2008.

REBELLATO, JOSÉ RUBENS. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. 2. Ed. Ampl. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

ROSSI, E; SADER, C. S. Envelhecimento do Sistema Osteomuscular. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, mai-jun, 2003.

SANTOS, A. C. S. **Valor dos instrumentos de avaliação de risco de quedas em idosos com fibrilação atrial**. São Paulo, 2007.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SILVA, A. M., et al. Fisioterapia em relação à marcha e ao equilíbrio em idosas. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**. v. 24, n. 3, p. 207-213. Fortaleza, 2011.

SILVA, M. T.; ADÉLIA, Y. K.; ADENÍCIA, C. S. S.; MAINA, C. S. L. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 64-78, 2007.

SOMCHINDO, A.; FERNANDES, F.C. **Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.unb.br/fs/sbc/sbc.2003abo/saude_e_qualidade_vida_na_terceira_idade.pdf>. SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO:

Caso n°: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data da avaliação: ____/____/____

Sexo : 1. Masc. 2.Fem.

Estado civil : 1.solt 2.casado 3. Sep/divor

Cor: 1.branco 2.negro 3.pardo

4.viúvo 5.outro

Profissão: _____ Se aposentado: profissão anterior _____

Escolaridade: _____

Renda familiar: 1. 1SM 2. > 1 ≤ 2SM 3. > 2 ≤ 3SM

4. > 3 ≤ 4SM 5. > 4SM

HISTÓRICO DA SAÚDE

1. Apresenta alguma outra doença diagnosticada? () 0. não () 1. Sim. Caso sim, quais?

1. () diabetes melitos

6. () insuficiência cardíaca

11. () depressão

2. () hipotireoidismo

7. () arritmia

12. () epilepsia

3. () hipertireoidismo

8. () AVC

13. () reumatismo

4. () HAS

9. () hepatopatia

14. () Neuropatia periférica

5. () angina

10. () insuficiência renal

15. () Vestibulopatia

2. Faz uso de algum medicamento? Se sim, quais?

Nome

Dose

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

3. O senhor (a) fuma? 0.() não 1.() sim

4. Se fuma, há quantos anos? _____

5. Quantos cigarros/dia _____

6. Foi fumante? 0. () Não 1. () Sim

7. Quando parou de fumar _____

8. Quanto tempo fumou _____

9. Faz uso de bebidas alcoólicas? 0. () Não 1. () Sim

10. Quantas doses? _____

11. Quantas vezes no mês? _____

12. Foi etilista? 0.não

1. Sim

13. Quando parou? _____

14. Quanto tempo bebeu? _____

15. Pratica alguma atividade física, ou faz fisioterapia? 0. () Não 1. () Sim, se sim:

Qual atividade física?	Há quanto tempo pratica?	Quantas vezes por semana?	Quantas horas por dia?
1.			
2.			
3.			

HISTÓRICO DE QUEDAS

Considerando queda como o ato de cair no chão, e desequilíbrio como uma queda evitada por uma reação de sustentação do corpo, responda:

16. Quantas vezes caiu no chão na última semana: _____ **17.** No último mês _____

18. Nos últimos 3 meses _____ **19.** No último ano _____

20. Quanto a severidade, como você classifica a pior queda que aconteceu neste último ano?

0. () leve 1. () Moderada 2. () Grave

21. Apresentou algum comprometimento por causa da queda? 0. () Não 1. () Sim

22. Se sim, qual comprometimento?

1. () Fratura → onde? _____

6. () Dor no corpo por _____ dia (s)

2. () Edema → onde? _____

7. () Lesão na pele

3. () Medo de cair

8. () Corte profundo na pele, com pontos

4. () Ficou sem andar por _____ dia(s)

9. () Outro _____

5. () Dor na cabeça por _____ dia (s)

23. Onde foi que ocorreu a queda mais importante?

0. () Na minha casa. Local da casa: _____

1. () Na casa de parentes/conhecidos. Local da casa: _____

2. () Em via pública por onde caminha frequentemente

3. () Em via pública desconhecida ou pouco conhecida (baixa frequência de percurso)

4. () Em ambiente público fechado, como supermercados, hospitais, restaurantes, etc.

5. () No local de trabalho

6. () No ambiente de lazer. Onde? _____

7. () Outro: _____

24. A que você atribui a sua queda?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. () Tapete | 9. () Alteração emocional |
| 2. () Água no chão | 10. () Bebida alcoólica |
| 3. () Distração | 11. () Medicamento |
| 4. () Obstáculo, como buraco ou pedra | 12. () Drogas ilícitas |
| 5. () Ao medo de cair | 13. () Calçado inadequado |
| 6. () Agressão física | 14. () Outro _____ |
| 7. () Acidente com outra pessoa adulta | _____ |
| 8. () Acidente com criança | _____ |

25. Quando sai de casa, geralmente sai: 1. () a pé 2. () de ônibus 3. () de carro/taxi

4. () de bicicleta 5. () de moto 6. () outro _____

26. Já apresentou desequilíbrios importantes, que quase levou a quedas? 0. () Não 1. () Sim

27. Por que acha que não caiu?

1. () Alguém segurou 2. () Apoiou em alguém, em quem: _____
3. () Apoiou em alguma coisa, no quê: _____
4. () Se segurou por conta própria
5. () Outro _____

ANEXOS

ANEXO A - FALLS EFFICACY SCALE (FES)

ABAIXO ESTÃO INDICADAS VÁRIAS TAREFAS.

Á FRENTE DELAS ENCONTRA-SE UMA LINHA QUE MEDE O GRAU DE CONFIANÇA, OU SEJA, O MEDO QUE TEM DE CAIR NA SUA EXECUÇÃO. MARQUE NA LINHA COM UMA CRUZ O QUE SENTE AO EXECUTAR A TAREFA.

	Sem nenhuma Confiança	Minimamente Confiante	Muito Confiante							
1. Vestir e despir-se	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Preparar uma refeição ligeira	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tomar um banho ou duche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Sentar / Levantar da cadeira	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Deitar / Levantar da cama	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Atender a porta ou o telefone	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Andar dentro de casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Chegar aos armários	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Pequenas compras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Tinetti (1990)

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Andamento do projeto - CAAE - 0177.0.405.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
CONFIANÇA DE IDOSOS PARA REALIZAR ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	21/12/2011 22:25:39	23/02/2012 10:09:11		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	21/12/2011 22:25:39	Folha de Rosto	0177.0.405.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/02/2012 10:09:11	Folha de Rosto	0177.0.405.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	16/12/2011 16:35:03	Folha de Rosto	FR488561	Pesquisador

[Voltar](#)