



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LIZIA DANIELA E SILVA NASCIMENTO

**A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM
IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TERESINA
2015**

LÍZIA DANIELA E SILVA NASCIMENTO

**A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM
IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos
Mesquita

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital

TERESINA
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

N224o NASCIMENTO, Lízia Daniela e Silva

A ocorrência e fatores de risco domiciliares para quedas em idosos pertencentes a uma Estratégia Saúde da Família / Lízia Daniela e Silva Nascimento. Orientador(a): Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita: Centro Universitário UNIOVAFAPI, 2015.

88. p.

(Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2015.

1. Idoso; 2. Acidente por queda; 3. Domicílio; I. Título.

CDD 615.73

LÍZIA DANIELA E SILVA NASCIMENTO

**A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM
IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

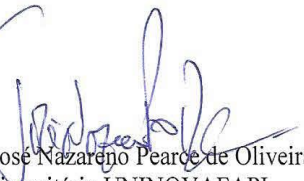
Aprovada em: 30 de junho de 2015


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita - Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profª. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Profª. Dra. Maria Eliete Batista Moura - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Suplente:


Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar nessa jornada de conhecimento e em todos os momentos da minha vida, bem como a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, de quem sou devota, e demais Santos a quem sempre rogo por saúde e proteção.

Aos meus pais José Francisco e Maria de Fátima, sempre presentes em minha vida. Agradeço o incentivo, apoio, dedicação, torcida e os cuidados com minha filha durante os dias de aula e sempre.

A minha filha Ana Cecília, meu maior tesouro, simplesmente por existir. Minhas desculpas pelos momentos de ausência e falta de paciência.

Ao meu esposo José Ricardo pelo incentivo e apoio financeiro.

A minhas irmãs Carmem e Kárita pelo apoio.

Ao meu cunhado Flávio pela ajuda nas traduções.

Ao meu enteado Caio Daniel pela ajuda no preparo para apresentação.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita pelo conhecimento, atenção e sugestões.

Ao colega fisioterapeuta e ex-aluno Diego Pessoa e sua esposa Yanca Marques, pela grandíssima e imprescindível ajuda na coleta dos dados.

A todos os idosos que participaram desta pesquisa. Agradeço pela receptividade, boa vontade e disponibilidade.

A profa Dra Ana Maria pela disponibilidade em participar da banca examinadora e valiosas considerações.

A profa Dra Maria Eliete (Lia) pelo empenho em fazer acontecer esse mestrado, oferecendo aos piauienses mais uma opção para qualificação.

A todos os professores do curso, em especial ao Prof. Dr. Fabrício Tapety pela paciência e sugestões no projeto de pesquisa.

Aos colegas pelo convívio, pela ajuda mútua e dias divertidos.

À coordenação do Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI na pessoa de Gelsemânia, pela ajuda constante e a Jaqueline, pela paciência e delicadeza.

A Universidade Estadual do Piauí – UESPI por autorizar o meu afastamento das atividades docentes durante esse curso de Mestrado, estimulando assim a minha qualificação.

RESUMO

As quedas representam um grave problema de saúde pública com implicações diretas para a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa. Elas têm elevado custo econômico e social e podem decorrer de um ou diversos fatores associados às alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, além das condições ambientais. Este trabalho teve por objetivo descrever a ocorrência e os riscos domiciliares para quedas que envolvem o idoso na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional transversal. Participaram do estudo 188 idosos do conjunto habitacional Planalto Uruguai, no Bairro Vale Quem Tem, em Teresina-PI. Os dados foram coletados utilizando um formulário sobre aspectos sociodemográficos e características das quedas sofridas, a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), o *Timed Up and Go (TUG) test* e um *checklist* sobre fatores de risco domiciliares para quedas. Os resultados obtidos demonstraram o predomínio de idosos do sexo feminino (66%); na faixa etária de 60 e 70 anos (54,3%); casados (53,7%) e residindo com filhos somente (38,8%). Dentre os fatores de risco domiciliares mais encontrados podem ser citados o piso escorregadio (70,7%) e níveis diferentes no chão do banheiro (64,9%). Dos participantes, 49,5% sofreram queda no último ano; 78,2% não apresentam risco de quedas de acordo com a EEB, enquanto 71,3% apresentam médio risco de quedas, segundo *TUG test*. Foram encontradas relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre sexo, faixa etária, estado civil e a EEB, bem como entre sexo e faixa etária e o *TUG test*. Quanto aos fatores de risco domiciliares, verificou-se associações com significância entre pisos descolados, fios elétricos no chão, cadeira favorita imprópria, calçados ou objetos no chão e níveis diferentes no chão do banheiro e a EEB e entre chão escorregadio e calçados ou outros objetos no chão e o *TUG test*, todas com $p < 0,05$. A pesquisa evidenciou uma elevada prevalência de quedas na população estudada, demonstrando que a faixa etária acima de 80 anos e o sexo feminino são os que apresentam maior risco. Somente 18,3% dos participantes sofreram consequência mais severa, no caso a fratura, que pode resultar em complicações graves à saúde do idoso, inclusive levando-o a morte. É necessário, portanto, que políticas públicas efetivas para prevenção de quedas sejam implementadas junto à população, orientando sobre fatores de risco, tanto fisiológicos como domiciliares, a fim de evitar esse tipo de acidente e suas reincidências. Deste modo, as seqüelas, que repercutem de forma negativa, principalmente na capacidade funcional do idoso, serão minimizadas, aumentando, assim, a qualidade de vida dos que envelhecem.

Palavras-chave: Idoso. Acidente por queda. Domicílio.

ABSTRACT

The falls are a serious public health problem with direct implications on the life quality and the welfare of the elderly population. They have high economic and social cost and may result from one or several factors associated with the physiological changes inherent to the aging process, besides the environmental conditions. This study aimed to describe the occurrence and home risks of falls involving the elderly in the Family Health Strategy. It is a transverse observational study. The study participants were 188 old-aged that live in the Planalto Uruguai housing complex, in the Vale Quem Tem neighborhood, in Teresina-PI. The data were collected using a form about the socio-demographic aspects and the suffered falls characteristics, the Berg Balance Scale (BBS), the Timed Up and Go (TUG) test and a checklist about the house risk factors for falls. The obtained results showed the prevalence of female elderly (66%); aged 60 to 70 years (54.3%); married (53.7%) and living with children only (38.8%). Among the most frequent found home risk factors can be quoted the slippery floor (70.7%) and different levels on the bathroom floor (64.9%). About the participants, 49.5% suffered falls in the last year; 78.2% did not present fall risks according to the BBS, while 71.3% have an average fall risk according to the TUG test. Statistically significant relations were found ($p < 0.05$) among sex, age, marital status and the BBS, as well as among sex, age and the TUG test. About the house risk factors, there was significant associations among hipsters floors, electrical wires on the floor, improper favorite chair, shoes or objects on the ground and different levels on the bathroom floor and the BBS, and significant associations among slippery floor and shoes or other objects on the ground and the TUG test, all with $p < 0.05$. The research demonstrated a high prevalence of falls in the studied population, showing that the age group above 80 years and females are at the greatest risk. Only 18.3% of participants suffered the most severe consequence that is the fracture, which can result in serious complications to the elderly health, including taking him to death. Therefore it is necessary the implement of effective public policies to preventing falls, advising on physiological and home risk factors, both in order to avoid this type of accident and their recurrence. This way, the sequelae, which impact negatively, especially in the elderly functional capacity, will be minimized and the old-aged life quality will be increased.

Keywords: Elderly. Accident by fall. Home.

RESUMEN

Las caídas representan un grave problema de salud pública con implicaciones directas para la cualidad de vida y el bienestar de la población anciana. Ellas tienen alto costo económico y social y pueden resultar de un o diversos factores asociados a los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento, además de las condiciones ambientales. Este trabajo tuvo por objetivo describir la ocurrencia y los riesgos domiciliarios para caídas que involucran el anciano en la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de un estudio observacional transversal. Participaron del estudio 188 ancianos del conjunto habitacional Planalto Uruguai, en el Barrio Vale Quem Tem, en Teresina- PI. Los datos fueron colectados utilizando un cuestionario acerca de los aspectos sociodemográficos y características de las caídas sufridas, la Escala de Equilibrio de Berg (EEB), la prueba *Timed Up and Go* (TUG) y un *checklist* acerca de los factores de riesgo domiciliarios para caídas. Los resultados obtenidos demostraron el predominio de ancianos del sexo femenino (66%); en la franja etária de 60 y 70 años (54,3%); casados (53,7%) y residiendo sólo con hijos (38,8%). Dentre los factores de riesgos domiciliarios más encontrados, pueden ser citados el piso resbaladizo (70,7%) y diferentes niveles en el piso del baño (64,9%). 49,5% de los participantes, sufrieron caída en el último año; 78,2% no presentan riesgo de caídas según la EEB, mientras 71,3% presentan medio riesgo de caídas, según la prueba TUG. Relaciones estadísticamente significativas fueron encontradas ($p < 0,05$) entre sexo, franja etária, estado civil y la EEB, así como entre sexo y franja etária y la prueba TUG. Cuanto a los factores de riesgo domiciliarios, se verificó asociaciones con significancia entre los pisos despegados, cables eléctricos en el piso, silla favorita inapropiada, calzados u objetos en el piso y diferentes niveles en el piso de baño y la EEB y entre el piso resbaladizo y calzados u otros objetos en el piso y la prueba TUG, todas con $p < 0,05$. La búsqueda mostró una elevada prevalencia de caídas en la población estudiada, demostrando que la franja etária acima de 80 años y el sexo femenino son los que presentan mayor riesgo. Sólo 18,3% de los participantes sufrieron consecuencia más severa, en el caso la fractura, que puede resultar en complicaciones graves a la salud del anciano, incluso llevándolo a la muerte. Es necesario, por tanto, que las políticas públicas eficaces para la prevención de caídas sean implementadas junto a la población, orientando sobre los factores de riesgo, tanto fisiológicos como domiciliários, con el fin de evitar este tipo de accidente en sus residencias. De este modo, las secuelas, que repercuten en forma negativa principalmente en la capacidad funcional del anciano, serán minimizadas, aumentando así, la cualidad de vida de los que envejecen.

Palabras clave: Anciano; Accidente por caída; Domicilio

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAAE–Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

ESF – Estratégia Saúde da Família

FMS – Fundação Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

PSF – Programa de Saúde da Família

SEMPLAN – Secretaria de Planejamento e Coordenação de Teresina

SPSS– Statistical Package for the Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG – Timed Up and Go

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização do problema	10
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 Justificativa.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Envelhecimento populacional	13
2.2 Quedas em idosos	15
2.3 Fatores ambientais de risco de quedas	17
2.4 O idoso na Estratégia Saúde da Família	19
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Tipo de Estudo.....	21
3.2 Local do Estudo	21
3.3 População e amostra da Pesquisa	21
3.4 Instrumentos e técnicas para coleta de dados	22
3.5 Análise dos dados	23
3.6 Aspectos Éticos e Legais	24
4 RESULTADOS	25
4.1 Manuscrito - A ocorrência e fatores de risco domiciliares para quedas em idosos pertencentes a uma Estratégia Saúde da Família.....	25
4.2 Produto – Cartilha sobre Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio	51
5 CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	69
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

No Brasil, o envelhecimento da população, ocorre de forma acelerada, segundo Tavares e Dias (2011) o número de idosos brasileiros passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2008, um aumento de 700% em menos de 50 anos. Estima-se que hoje a população de idosos no Brasil seja de 11,1%.

De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (OMS), em 2050 um quinto da população mundial terá 60 anos ou mais, e destes, 19% terão idade igual ou superior a 80 anos. Do ponto de vista da saúde, essa mudança na pirâmide etária está diretamente relacionada à transição epidemiológica, caracterizada pela alteração do perfil de morbimortalidade antes marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis, para o predomínio das doenças crônico-degenerativa se causadas por fatores externos e suas complicações. Isso, muitas vezes, significa maior demanda de utilização dos serviços de saúde – medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares de longa duração, resultando, conseqüentemente, em maiores gastos (ANTES et al, 2013).

Como consequência do envelhecimento populacional surge a ampliação de lesões articulares nesta camada da população, fato que evidencia a necessidade de desenvolvimento de pesquisas direcionadas a esta faixa etária de indivíduos, a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Como salientam Tavares e Dias (2011), o envelhecimento humano só pode ser considerado uma real conquista para a sociedade na medida em que se agregue qualidade aos anos vividos.

Dentre as enfermidades características desse novo perfil podem ser citadas as sequelas provocadas por quedas. Acredita-se que em 2050, aproximadamente uma em cada três pessoas, com 65 anos ou mais, sofrerão uma ou mais quedas por ano, e cerca da metade destas resultará em lesões. Tanto as quedas como o medo de cair são síndromes comuns com resultados potencialmente graves em idosos (ANTES et al, 2013).

As lesões causadas por quedas representam um grave problema de saúde pública com implicações diretas para a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa. Elas têm elevado custo econômico e social, principalmente quando o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência a ponto de necessitar de cuidados especializados em domicílio ou em instituições. Estima-se que 30% dos idosos que vivem na comunidade sofrem queda a cada ano, e destes, metade sofrem quedas recorrentes (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013).

Deste modo, a atenção destinada aos idosos deve considerar a capacidade funcional, a autonomia, a participação social, as necessidades de cuidado e satisfação pessoal, assim como, a manutenção de boas condições de saúde.

Com o aumento da expectativa de vida da população em que após a aposentadoria o indivíduo ainda possui uma sobrevida longa, com mais tempo em casa, aumentam os riscos de acidentes domésticos, dentre eles, especificamente, as quedas envolvendo esta faixa etária da população. Neste sentido, define-se como objeto desse estudo queda de idosos em área domiciliar.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Investigar a ocorrência e os fatores de risco domiciliares para quedas que envolvem o idoso na Estratégia Saúde da Família.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos idosos quanto a características sociodemográficas e relativas às quedas;
- Avaliar o risco de quedas em idosos através da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e *Timed Up and Go (TUG) test*;
- Determinar se os fatores sociodemográficos e domiciliares estão associados ao risco de quedas
- Elaborar uma cartilha de orientações aos idosos e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre prevenção de quedas no ambiente domiciliar de idosos.

1.3 Justificativa

A avaliação da qualidade de vida no idoso é uma temática que tem recebido um crescente interesse de investigação por diferentes áreas do conhecimento. Embora inexista um consenso sobre seu conceito, há certa unanimidade, na literatura, em considerar que a qualidade de vida no idoso está intimamente ligada a sua saúde.

Dentre os problemas que mais afetam a qualidade de vida do idoso as fraturas causadas por quedas são dos mais freqüentes. Segundo Fhon et al (2013), uma das principais consequências das alterações fisiológicas no idoso é a queda, resultando em um dos graves problemas de saúde pública nessa população. É considerada a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas maiores de 65 anos caem por ano, incrementando-se para 32% a 42% em idosos acima dos 70 anos que moram na comunidade.

As quedas, por sua vez, podem decorrer de um ou diversos fatores associados às alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento que afetam a coordenação, equilíbrio, força e a visão. Além desses, outro fator tem sido evidenciado como relevante causador de quedas: as condições ambientais.

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se identificar os riscos para queda, bem como a presença de fatores no ambiente doméstico que possam contribuir para a ocorrência das quedas sofridas por idosos com o intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando promover o bem-estar dos que envelhecem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional

O termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais, ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia. O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Poucos temas têm merecido tanta atenção como o envelhecimento e a incapacidade funcional comumente associada a ele (POVOA et al, 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (CRUZ et al, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou acima de 60 anos (quando vive em países em desenvolvimento, caso do Brasil) e 65 anos ou mais em países desenvolvidos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

O Brasil está deixando de ser um país de jovens para ser uma nação de idosos. De acordo com o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2011), em vinte anos, o Brasil terá mais pessoas acima de quarenta anos do que jovens, ou seja, o país envelhece a passos largos e as variações na dinâmica populacional são claras e irreversíveis.

Os dados de projeção do IBGE informam que em 2050 a população idosa será de 1,9 bilhões de pessoas. Em 2010, uma em cada 10 pessoas tinha 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo. No Brasil, os idosos correspondiam a 4,2% da população em 1950; já no ano de 2000, representavam 8,6% e, em 2020, deverão corresponder a 14%, cerca de 31 milhões de pessoas (HUNGRIA NETO; DIAS; ALMEIDA, 2011).

Este fato deve-se as melhores condições de vida da população, como melhor acesso a saúde, a cura de algumas doenças, a redução da mortalidade infantil, além da inserção da

mulher no mercado de trabalho que leva ao retardo da maternidade e redução no número de nascimentos.

O envelhecimento acarreta uma série de transformações biopsíquicas no ser humano, à medida que a saúde, o estilo de vida e as perspectivas dos indivíduos se modificam e requerem atenção com o transcorrer dos anos. Essas modificações, aliadas à transição demográfica da população mundial, têm gerado demandas aos serviços previdenciários, de saúde e de assistência social. Nesse cenário, os idosos se defrontam com novas necessidades, o que exige adaptação e espaço na sociedade contemporânea, para que vivam mais e com qualidade de vida. Essa busca pela qualidade de vida tem recebido crescente interesse da sociedade e em especial dos trabalhadores da área da saúde, em face da responsabilidade desses em promover a saúde, para que a população alcance maior longevidade com qualidade de vida (SOUZA; LAUTERT; HILLESHELIN, 2011).

O processo de envelhecimento depende, também, da dinâmica da população com menos de sessenta anos. Salienta-se que o processo de envelhecimento da população brasileira acompanhou o do restante do mundo, como já citado, ou seja, na segunda metade do século XX tornou-se mais acentuada. Entre os anos de 1950 a 1975 houve um declínio da mortalidade, mas a fecundidade continuou alta, o que gerou uma estabilidade na população jovem e com pequeno crescimento. A partir de 1975, houve uma redução significativa da taxa de fecundidade, o que fez gerar uma transição na estrutura etária, levando a crer, que no futuro, a população brasileira estará quase estável, porém mais idosa (Nações Unidas, 2011 *apud* WONG; CARVALHO, 2006).

Os indicadores demográficos que respondem pelo processo de envelhecimento de determinada população são vários, como: redução do número de nascimento, ampliação da expectativa de vida, avanço da medicina, melhorias sanitárias, dentre outros. Todavia, a reflexão sobre o envelhecimento de uma população não pode e nem deve se resumir a uma mera análise demográfica, mas, sobretudo, incluir os aspectos socioeconômicos e culturais de um povo, a fim de que se possa perceber de forma mais nítida as consequências, mudanças, desafios e perspectivas que esse processo traz consigo e quais as medidas e as políticas sociais que devem ser adotadas diante desse novo fenômeno, que se apresenta à sociedade brasileira.

O envelhecimento é um processo latente em toda a sociedade e um direito natural do ser humano, cabendo, contudo, ao Estado garantir que esse processo se dê de forma digna e saudável. Diante deste processo, a Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é membro, realizou em 1982 a primeira Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento em

Viena, pioneira em discutir e abordar o tema do envelhecimento populacional, que resultou em 66 recomendações para os países membros, visando o bem-estar da pessoa idosa.

Além do avanço da medicina e das condições de vida da população, houve uma queda, em torno de 33%, no número de nascimentos. Hoje a população brasileira tem uma expectativa de vida muito maior que há décadas atrás, pessoas que chegam aos 65 anos possuem ainda uma expectativa média de 10 anos ou mais, para tanto necessitam de uma boa qualidade de vida que mantenha sua autonomia e independência, o que significa um bom estado de saúde física e mental. Entretanto, para manter um bom estado de saúde física é essencial prevenir acidentes domésticos como as quedas, que segundo dados do Ministério da Saúde são a principal causa de problemas físicos em idosos, tratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Este é um desafio, uma vez que, com o aumento da expectativa de vida, há maior possibilidade dos idosos apresentarem problemas de saúde e estarem susceptíveis a quedas, elevando, por conseguinte, os custos para utilização dos serviços públicos de saúde.

2.2 Quedas em idosos

As quedas constituem o mais sério e frequente acidente que ocorre com idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas desta faixa etária. Por definição, a queda é caracterizada 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, tais como ambientais, fisiológicos, psicossociais e biomédicos, comprometendo a estabilidade (SILVA et al, 2013).

No Brasil, estima-se que de 20% a 30% dos idosos caem ao menos uma vez por ano. Desses, de 15% a 50% terão risco de morte no ano seguinte ou hospitalização. Segundo o banco de dados do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde (DATASUS), no Brasil, entre os anos de 1996 e 2005, cerca de 24.645 idosos morreram devido a quedas, ocupando o terceiro lugar de mortalidade e o primeiro lugar entre as internações hospitalares (SANTOS et al, 2011).

As quedas e suas conseqüentes lesões estão associadas à redução da qualidade de vida e ao aumento da morbimortalidade dos idosos, constituindo um problema de saúde pública de grande impacto social e econômico. Apesar do forte impacto dos fatores intrínsecos e domésticos descritos na literatura, as quedas também podem ser influenciadas por fatores sociais. O estudo destes, por serem menos pesquisados que os fatores ambientais, e sua

associação com o desfecho, é imprescindível para a detecção de fatores de risco e a prevenção (PEREIRA et al, 2013).

De acordo com Cruz et al (2012), as quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade advindas desse evento, ao elevado custo social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção. São responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização. Esses fatores podem repercutir nos cuidadores familiares, que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda.

As quedas, portanto, tem se tornado uma ocorrência freqüente e um problema crescente com o processo de envelhecimento. Quanto mais frágil o idoso, maior a propensão à queda, caracterizando um fator importantíssimo de morbidade, institucionalização e mortalidade. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade. A previsão é de que um terço dos idosos que vivem na comunidade cairá no prazo de um ano e, entre os institucionalizados, esta previsão aumenta para 50%. Ao cair, cerca de 5% dos idosos necessitam de hospitalização, principalmente por fratura de quadril, e, em cada três casos, um dos pacientes falece no prazo de um ano (NICOLUSSI et al, 2012).

Além do dano físico, cair também pode ter repercussões psicológicas, expressas pelo medo de cair de novo e pela perda de confiança na capacidade de caminhar de forma segura, principalmente nos idosos, o que pode levar a uma redução nas atividades da vida diária, um agravamento do declínio funcional, depressão e isolamento social (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

As fraturas em sua maioria são causadas por quedas que semelhante a outras condições que afetam o idoso, tais como *delirium* e incontinência urinária, são consideradas síndrome geriátrica. É caracterizada pela contribuição de múltiplos fatores de natureza intrínseca acompanhada ou não de riscos ambientais, e pela interação entre doenças crônicas predisponentes e eventos agudos precipitantes. Pesquisas têm revelado que a ocorrência de quedas é maior entre as mulheres, nos mais idosos, aqueles que apresentam declínio funcional em atividades de vida diária, em idosos com histórico de quedas e naqueles com alterações visuais, auditivas, na marcha e no equilíbrio (FHON et al, 2013).

Doenças tais como depressão, hipertensão, insuficiência cardíaca, incontinência urinária, osteoporose e doença de Parkinson, bem como o maior número de doenças associadas configuram-se, igualmente, como fatores de risco para quedas em idosos. A

prevalência de quedas na população idosa se eleva com o aumento do número de medicações referidas para uso contínuo e conforme o consumo de medicamentos psicoativos. A ocorrência de quedas representa risco aumentado de morte entre idosos, de modo especial entre aqueles com idade avançada (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013).

Segundo Mesquita et al (2009), mortalidade anual em idosos devido às quedas apresenta um pico por volta dos 85 anos e, somente cerca da metade dos idosos admitidos em um hospital após esse acidente, permanece viva no ano seguinte.

Atualmente há consciência crescente de que as fraturas, decorrentes de quedas, afetam substancialmente a qualidade de vida dos pacientes idosos, e representam um significativo problema de saúde pública devido aos custos econômicos e sociais, e aos altos índices de morbidade e mortalidade. Pacientes com fraturas podem ser incapazes ao trabalho, limitados na sua inserção social, atividades recreativas, e emocionalmente angustiados, exigem extensos cuidados médicos, psicológicos e assistência nas atividades da vida diária (OLIVEIRA, 2011).

As quedas e, por sua consequência, as fraturas e morbidades associadas afetam negativamente a qualidade de vida na velhice, pois esta não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças (CUNHA; MAYRINK, 2011).

2.3 Fatores ambientais de risco de quedas

O passo fundamental para a prevenção das quedas é o reconhecimento e a correção dos fatores de risco envolvidos na sua ocorrência, e estes se dividem em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: idade, presença de múltiplas doenças crônicas, polifarmácia, depressão, diminuição da cognição, redução da capacidade funcional, entre outras. Enquanto os fatores extrínsecos estão relacionados com o meio ambiente e, também, possuem papel importante nos episódios de quedas (NICOLUSSI et al, 2012).

Como fatores extrínsecos têm-se aqueles relacionados ao ambiente, tais como móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante no banheiro, ausência de material antiderrapante no piso do local do chuveiro, imobilização, pouca iluminação, piso escorregadio, tapetes espalhados pelo chão, dentre outros (SANTOS et al, 2012).

O idoso, muitas vezes, passa a maior parte do tempo em sua residência e embora esse ambiente pareça o mais seguro possível pela familiaridade, pode tornar-se um ambiente de risco, uma vez que a pessoa idosa tem sua prontidão diminuída devido à autoconfiança para se deslocar, construída pelo conhecimento que possui sobre o ambiente em que vive. Assim, a atenção fica reduzida em razão das atividades que desempenha em seu lar serem costumeiras e os acidentes que poderiam facilmente ser evitados são causadores da redução da mobilidade ou da capacidade funcional (FERRETTI; LUNARDI; BRUSCHUI, 2013).

Quanto mais avançada a idade e o fato do idoso morar sozinho maior a possibilidade dele sofrer acidentes em casa, tornando-se de fundamental importância a realização de ações que diminuam os riscos de quedas, como a avaliação do ambiente domiciliar e a realização de adaptações de suas residências (COUTINHO et al, 2011).

De acordo com Yamazaki e Ferreira (2013), a literatura aponta que proporção considerável das quedas sofridas pelos idosos ocorre na própria residência, significando que se trata de eventos relativamente simples, passíveis de serem reduzidos por meio da adoção de programas e medidas de prevenção.

O Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde preconiza que na avaliação global da pessoa idosa na atenção básica, deve ser incluído a avaliação dos fatores ambientais de riscos de quedas. Dessa forma, os profissionais devem ater-se para presença de tapetes pequenos em superfícies lisas, carpetes soltos ou com dobras, pisos escorregadios, cordas, cordões e fios no chão, ambientes desorganizados, móveis instáveis, presença de escadas irregulares, má iluminação, presença de animais, entulhos e lixo em locais inapropriados, dentre outros. Alerta ainda para a necessidade de evitar o uso de chinelos, sapatos desamarrados, mal ajustados ou com solado escorregadio e cuidados em relação a roupas compridas, que arrastem no chão e podem desencadear quedas (BRASIL, 2007).

Conhecer e compreender os fatores de risco para quedas em idosos pode direcionar o planejamento de cuidados da equipe de saúde que atua na prevenção de agravos e na realização de estratégias de promoção da saúde. Essas estratégias visam interromper uma série de acontecimentos, como a própria queda, imobilidades, provável hospitalização do idoso, a retirada do idoso de um convívio social, danos psicológicos e até mesmo o medo de cair novamente e isolamento (LOURENÇO, 2013).

Diante disso é fato que a avaliação e adequação domiciliar constituem recursos eficazes na proteção do idoso contra quedas e consequentes fraturas e sequelas debilitantes,

gerando confiança e independência na realização das suas atividades diárias, possibilitando o convívio social e repecurtindo na qualidade de vida das pessoas dessa faixa etária.

2.4 O idoso na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominada de Programa Saúde da Família (PSF) até 1996, foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência: hospitalocêntrico e orientado para a cura de doenças. Nesta nova perspectiva sanitária, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o qual possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (ROCHA et al, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Rocha e Zeitoune (2013) afirmam que o funcionamento da ESF é um trabalho de equipes multiprofissionais formadas por agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico na busca permanente de comunicação e troca de saberes entre profissionais e a população. Cabe o acréscimo de outros profissionais à equipe de acordo com as características da demanda do serviço. Cada equipe é responsável por uma área de atuação onde residem de

600 a 1000 famílias, cadastradas por meio de visitas domiciliares. O planejamento de ações a serem desenvolvidas é feita a partir do cadastramento, em que profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil de saúde e o planejamento de ações. As atividades são realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade. Ações individuais e coletivas são feitas em parceria com as famílias em busca da promoção da melhor qualidade de vida.

De acordo com Carvalho, Assunção e Bocchi (2010), as competências, as habilidades e as atribuições das equipes da ESF nos domicílios devem estar voltadas para a assistência integral, contínua e humanizada, identificando os agravos mais frequentes e sua intervenção, além de estratégias de ações de reabilitação voltadas à recuperação do paciente, respondendo às suas reais necessidades e mantendo o idoso o mais independente possível no desempenho de suas atividades diárias.

Assim, a Estratégia Saúde da Família vem trabalhando para compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde e a participação social, sendo esta uma estratégia para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar iniciativas, de que são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de zelar tanto pelo indivíduo quanto pelo coletivo.

Outras medidas também foram implementadas desde a adoção da ESF, visando a promoção da saúde do idoso e garantindo sua atenção integral. O Pacto pela Vida, uma das dimensões do Pacto pela Saúde que foi criado em 2006, em suas linhas de cuidados, objetiva a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, apontando algumas estratégias de cuidado como a Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente a Distância para profissionais que trabalham na atenção básica, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação e Atenção Domiciliar (COUTINHO et al, 2013).

Néri (2012) afirma que felizmente, aumenta a consciência de que ter uma boa velhice seja lá o que for que isto signifique, não é atributo ou responsabilidade pessoal. Depende sim, da interação entre o indivíduo e o seu contexto, ambos em constante transformação. Os limites desse “envelhecer bem” significa então um referencial, horizonte ou ideal, sujeitos a condições e valores históricos culturais.

Partindo desse entendimento, os profissionais de saúde devem observar a sua maneira de assistir o idoso na Estratégia Saúde da Família, devem propor o bem-estar como qualidade de vida para este idoso, estimulando-o a construir e buscar seu próprio caminho de realizações, partindo sempre das vivências e experiências dessas pessoas.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal. Para Lakatos e Marconi (2004), a observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento, obrigando o investigador a um contato mais direto com a realidade.

De acordo com Haddad (2004), nos estudos transversais ocorre um levantamento da população, detectando a ausência ou presença da exposição ou doença em cada indivíduo. É como se fosse um retrato instantâneo de uma amostra representativa da população.

3.2 Local do Estudo

De acordo com Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação da Prefeitura de Teresina – SEMPLAN (2015), a população do bairro Vale Quem Tem, localizado na Zona Leste, representava 2,62% da cidade de Teresina e ocupava a 6ª posição. Esse bairro é formado por alguns aglomerados subnormais e conjuntos habitacionais e dentre estes, o conjunto Planalto Uruguai onde foi desenvolvida a pesquisa.

3.3 População e Amostra da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com idosos de ambos os sexos em idade igual ou superior a 60 anos, devidamente cadastrados pelos agentes de saúde da Estratégia Saúde da Família da UBS do conjunto Planalto Uruguai, em Teresina-PI.

A amostra obtida foi de 188 idosos a partir de uma população fixa de 367 idosos cadastrados nas fichas dos agentes de saúde que atendem a comunidade. A amostra definida foi calculada utilizando a seguinte fórmula, conforme Arango (2009):

$$n = (z^2 \times 0,25) / E^2$$

z = valor crítico

E = margem de erro, para um grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Após a obtenção dos nomes e endereços dos idosos residentes do conjunto Planalto Uruguai e cadastrados na UBS Planalto Uruguai, todos foram numerados de 1 a 367 e, em seguida, mediante sorteio, foram selecionados os 188 participantes.

Foram adotados como critérios de inclusão: idosos que residissem sozinhos ou com algum familiar, suficientemente orientados auto e espacialmente para responder as questões e participar dos testes e que estivessem cadastrados pelo respectivo agente de saúde, ou seja, inseridos na Estratégia Saúde da Família do conjunto Planalto Uruguai. Os critérios de exclusão foram: idosos que não permitissem a entrada no domicílio para avaliação e a presença de condição de tontura e/ou labirintite relatada por eles.

3.4 Instrumentos e técnicas para coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o Formulário sobre Características dos Idosos e suas Quedas, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE B) com perguntas acerca de características sociodemográficas (idade, sexo, faixa etária) e das quedas sofridas pelos participantes, verificando ocorrência de quedas no último ano, local das quedas, região corporal acometida e tempo de recuperação.

Utilizou-se a Escala de Equilíbrio de Berg – EEB (ANEXO A) para avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos que leva em consideração o efeito do ambiente na função. Segundo Miyamoto et al (2004), a EEB avalia o equilíbrio dinâmico e estático dos indivíduos e o risco de quedas. A EEB avalia o desempenho do equilíbrio funcional com 14 testes, sendo estes direcionados para a habilidade do indivíduo de sentar, ficar de pé, alcançar, girar em volta de si mesmo, olhar por cima de seus ombros, ficar em apoio unipodal e transpor degraus. Apresenta pontuação máxima de 56 pontos e mínima de 0 pontos, em que cada teste possui cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Para sua execução são necessários somente um cronômetro e uma régua. A EEB foi traduzida para o português e adaptada transculturalmente para sua utilização no Brasil. Esta versão apresentou alta confiabilidade intra e inter observadores (ICC 0,99 e 0,98, respectivamente) comprovando a sua utilidade para avaliação do equilíbrio de idosos brasileiros. Adotou-se como ponto de corte 45 pontos, uma vez que escores abaixo desse valor são preditivos de futuras quedas.

Foi realizado também o *TUG test (Timed Up and Go test)* para avaliar não somente o risco de queda do idoso, mas também a capacidade de transferência inter-relacionando com o equilíbrio dinâmico. Consistiu em verificar a velocidade de execução ao levantar de uma cadeira com braços, caminhar três metros à frente, virar, caminhar de volta e sentar na

cadeira, caracterizando, assim, ações fundamentais para mobilidade independente. Para medir o tempo dispendido, utilizou-se somente um cronômetro e uma trena de metros de comprimento. Bischoff et al apud Karuka, Silva e Navega(2011), consideram como parâmetros os seguintes valores: abaixo de 10 segundos sugerem indivíduos saudáveis, independentes e sem risco de queda; tempo entre 11 e 19 segundos indica que são deficientes ou frágeis, parcialmente independentes e com baixo risco de quedas; tempo acima de 20 segundos sugere déficit na mobilidade física e risco de queda (ANEXO B).

Outro instrumento utilizado foi um *checklist* (ANEXO C), preenchido por meio de observação de todos os já aplicado anteriormente em outra pesquisa, sobre os fatores de risco domiciliares que possam desencadear quedas tais como presença de degraus, tapetes, corrimão em banheiro, iluminação adequada, piso escorregadio, calçados e objetos no chão, animais soltos dentro da residência bem como cama e cadeira favorita adequadas (IKUTA, 2013).

A coleta de dados foi realizada mediante uma única visita a cada um dos domicílios selecionados, com a ajuda de um profissional fisioterapeuta e uma estudante de enfermagem, devidamente treinada para aplicação das escalas e verificação do *checklist*. Não houve qualquer participação dos agentes de saúde que, ao serem contatados pela pesquisadora, demonstraram pouco ou nenhum interesse em ajudar ou acompanhar, haja vista que cada visita levaria, no mínimo, 20 minutos. A abordagem aos participantes se deu inicialmente, com a apresentação dos propósitos da pesquisa e solicitação do morador a autorização para sua realização, bem como a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Em seguida, foi preenchido o formulário sobre quedas, aplicada a EEB e o TUG teste, e ao final realizado o *checklist* acerca dos fatores de risco no domicílio.

3.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram dispostos em planilhas do programa Microsoft Office Excel e, posteriormente transportado, para o programa SPSS versão 20.0 para Windows. Foi utilizada a estatística descritiva por meio de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e proporção e/ou intervalo de confiança de 95% para as qualitativas.

Primeiramente utilizou-se teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, como elas não seguiram padrão normal foi utilizada a estatística não paramétrica. Para comparação das médias do EEB e do TUG teste entre as características sociodemográficas, quedas nos últimos 12 meses e entre os fatores de riscos domiciliares para

quedas foram utilizados os testes *Mann-Whitney* para duas médias e *Kruskal-Wallis* três ou mais médias, considerando um nível de significância estatística de 95%, ou seja, $p < 0,05$.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa obedeceu a preceitos éticos, prezando pela veracidade dos dados e sigilo de informações. Antes da sua efetivação, ela foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Uninovafapi com parecer de número 1.131.780 (ANEXO D) e se regeu pelos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, que dispõe sobre as pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil. Foi obtida junto aos participantes e/ou familiares a autorização para a realização da pesquisa nos domicílios bem como foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito: A ocorrência e fatores de risco domiciliares para quedas em idosos pertencentes a uma Estratégia Saúde da Família

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

**A ocorrência e fatores de risco domiciliares para quedas em idosos
pertencentes a uma Estratégia Saúde da Família**

**The occurrence and risk of falls in elderly participating in a Family Health
Strategy**

Lízia Daniela e Silva Nascimento¹

Gerardo Vasconcelos Mesquita²

Ana Maria Ribeiro dos Santos³

Maria Eliete Batista Moura⁴

José Nazareno Pearce de Oliveira Brito⁵

1. Fisioterapeuta. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora da Graduação da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. Endereço: Av. Mirtes Melão, 5733 Casa A17, Gurupi, Cep: 64090-095. Teresina- PI. E-mail: liziadaniela@hotmail.com

2. Médico, Doutorado em Cirurgia Traumato-Ortopédica, Professor da Graduação e Pós-Graduação, Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI, Brasil. E-mail: gvmesquita@uol.com.br
3. Enfermeira, Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina-PI, Brasil. E-mail: ana.mrsantos@gmail.com
4. Enfermeira, Pós-Doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Professora da Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora da Graduação e Pós-Graduação, Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI, Brasil. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br
5. Médico. Doutorado em Ciências Médicas pela UNICAMP. Professor da Graduação e Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: nazapearce@novafapi.com.br

Resumo

Introdução: As quedas representam um grave problema de saúde pública com implicações diretas para a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa.

Objetivo: descrever a ocorrência e os fatores de risco para quedas no domicílio que envolvem o idoso na Estratégia Saúde da Família. *Metodologia:* Participaram do estudo 188 idosos, em Teresina-PI. Os dados foram coletados utilizando um formulário sobre aspectos sociodemográficos e características das quedas sofridas, a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), o *Timed Up and Go (TUG) test* e um *checklist* sobre fatores de risco domiciliares para quedas. *Resultados:* Predominaram no estudo: idosos do sexo feminino (66%); entre 60 e 70 anos (54,3%); casados (53,7%) e residindo com filhos (38,8%). Os riscos domiciliares mais encontrados

foram piso escorregadio (70,7%) e níveis diferentes no chão do banheiro (64,9%). Dos participantes, 49,5% sofreram queda no último ano; 78,2% não apresentam risco de quedas de acordo com a EEB, enquanto 71,3% apresentam médio risco de quedas, segundo *TUG test*. Houve correlação estatística ($p < 0,05$) entre sexo, faixa etária e ambas as escalas, bem como estado civil e a EEB. Também entre pisos descolados, fios elétricos no chão, cadeira favorita imprópria, objetos no chão e níveis diferentes no chão do banheiro e a EEB e entre chão escorregadio e objetos no chão e o *TUG test*. *Conclusão*: É necessário que políticas públicas eficazes para prevenção de quedas sejam implementadas, aumentando, assim, a qualidade de vida dos que envelhecem.

Palavras-chave: Idoso. Acidente por queda. Domicílio.

ABSTRACT

Introduction: The falls are a serious public health problem with direct implications on the life quality and the welfare of the elderly population. *Objective*: To describe the occurrence and home risks of falls involving the elderly in the Family Health Strategy. *Methodology*: The study included 188 elderly in Teresina-PI. The data were collected using a form about the socio-demographic aspects and the suffered falls characteristics, the Berg Balance Scale (BBS), the Timed Up and Go (TUG) test and a checklist about the home risk factors for falls. *Results*: There was a predominance in the study: female elderly (66%); between 60 and 70 years (54.3%); married (53.7%) and living with children only (38.8%). The most commonly found household risks were slippery (70.7%) and different levels on the bathroom floor (64.9%). About the participants, 49.5% suffered falls in the last year; 78.2% did not present fall risk according to the BBS, while 71.3% have an average falls risk according to the TUG test. There was statistical correlation ($p < 0.05$) among sex, age and both scales, as

well as between marital status and the BBS. Also among hipsters floors, electrical wires down, improper favorite chair, objects on the ground and different levels on the bathroom floor and the BBS, and among slippery ground, objects on the ground and the TUG test. *Conclusion:* It is necessary the implement of effective public policies to preventing falls, this way increasing the elderly life quality.

Keywords: Elderly. Accident by fall. Home.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou acima de 60 anos (quando vivem em países em desenvolvimento, caso do Brasil) e 65 anos ou mais em países desenvolvidos,² da mesma forma, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842 de 1994), considera a pessoa idosa no país.³

De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas, em 2050 um quinto da população mundial terá 60 anos ou mais, e destes, 19% terão idade igual ou superior a 80 anos. Do ponto de vista da saúde, essa mudança na pirâmide etária está diretamente relacionada à transição epidemiológica, caracterizada pela alteração do perfil de morbimortalidade antes marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis, para o predomínio das doenças crônico-degenerativas e causadas por fatores externos e suas complicações. Isso, muitas vezes, significa maior demanda de utilização dos serviços de saúde – medicamentos, consultas

médicas e internações hospitalares de longa duração, resultando, conseqüentemente, em maiores gastos.⁴

As lesões causadas por quedas representam um grave problema de saúde pública com implicações diretas para a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa. Elas têm elevado custo econômico e social, principalmente quando o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência a ponto de necessitar de cuidados especializados em domicílio ou em instituições.⁵ Pessoas pertencentes a qualquer faixa etária apresentam risco de sofrer quedas. Entretanto, na população idosa, o risco de queda possui um grande significado à medida que pode gerar incapacidade, injúria e morte.⁶

Diversos são os fatores associados às quedas e dentre os intrínsecos pode-se citar as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: idade, gênero, presença de múltiplas doenças crônicas, polifarmácia, depressão, diminuição da cognição, redução da capacidade funcional, entre outras.^{7,8}

Os fatores extrínsecos são geralmente relacionados a ambientes que oferecem perigo ao idoso, comumente presente no domicílio. Estão incluídos entre eles a presença de piso escorregadio, tapetes soltos, iluminação inadequada, presença de objetos no chão, escadas, armários e interruptores fora do alcance, uso de calçados inadequados, além de cama e cadeiras não apropriadas.⁶

As quedas e, por sua consequência, as fraturas afetam negativamente a qualidade de vida na velhice, pois esta não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças.⁹

Dentre as fraturas que ocorrem em idosos, a do colo do fêmur ocupa um importante papel, tanto pela sua freqüência elevada quanto pela sua gravidade.¹⁰

Mais de 30% dos idosos que fraturam o fêmur morrem em um ano. Além disso, o indivíduo que passa por uma cirurgia decorrente de queda pode ter complicações como tromboembolismo pulmonar (bloqueio da artéria pulmonar), broncopneumonia, risco cardíaco e infecções de maneira geral.¹¹

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se identificar os riscos para queda, bem como a presença de fatores no ambiente doméstico que possam contribuir para a ocorrência desse tipo de acidente sofrido por idosos, com o intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando promover o bem-estar dos que envelhecem.

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para verificar a presença do risco de quedas, avaliando a funcionalidade, o equilíbrio e a velocidade da marcha de cada idoso que sofreu ou que tende a sofrer alguma queda. Dentre esses instrumentos destacam-se a Escala de Equilíbrio de Berg e o TUG teste.¹²

Dado o uso destas escalas e a identificação dos potenciais riscos oferecidos pelo ambiente doméstico relacionados com características sociodemográficas, este estudo teve como objetivo descrever a ocorrência e os fatores de risco de quedas domiciliares que envolvem o idoso na ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, desenvolvido junto a Estratégia Saúde da Família, de uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, PI. A escolha da UBS se deu pelo fato da mesma realizar acompanhamento de uma grande quantidade de idosos da cidade, com atividades de acompanhamento e reabilitação de idosos á nível ambulatorial.

Os participantes do estudo foram 188 idosos, selecionados por meio do processo de amostragem aleatória sistemática de um universo de 367 idosos inscritos na UBS.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, guiadas por um formulário com questões fechadas de múltipla escolha, que abordavam característica sociodemográficas (idade, sexo, faixa etária) e das quedas sofridas pelos participantes, verificando ocorrência de quedas no último ano, local das quedas, região corporal acometida e tempo de recuperação.

A abordagem e entrevista ao sujeito, ocorreu na residência dos mesmos, que foram apresentados ao objetivo do estudo e puderam manifestar vontade ou não de participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa os idosos que residiam sozinhos ou com algum familiar, orientados no tempo e espaço e que estavam cadastrados pelo agente de saúde, ou seja, inseridos na Estratégia Saúde da Família da comunidade do Planalto Uruguaí. Foram excluídos do estudo os idosos que não permitiram a entrada no domicílio para avaliação e a presença de condição de tontura e/ou labirintite.

Aplicou-se a Escala de Equilíbrio de Berg– EEB para avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos que leva em consideração o efeito do ambiente na função. A EEB avalia o equilíbrio dinâmico e estático dos indivíduos e o risco de quedas. A EEB avalia o desempenho do equilíbrio funcional com 14 testes, sendo estes direcionados para a habilidade do indivíduo de sentar, ficar de pé, alcançar, girar em volta de si mesmo, olhar por cima de seus ombros, ficar em apoio unipodal e transpor degraus. Apresenta pontuação máxima de 56 pontos e mínima de 0 pontos, onde cada teste possui cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Para sua execução são necessários somente um cronômetro e uma régua. A EEB foi

traduzida para o português e adaptada transculturalmente para sua utilização no Brasil. Adotou-se como ponto de corte 45 pontos, uma vez que escores abaixo de 45 são preditivos de futuras quedas.¹³

Foi realizado também o TUG teste que, relacionando com o equilíbrio dinâmico, consiste em verificar a velocidade de execução ao levantar de uma cadeira com braços, caminhar três metros à frente, virar, caminhar de volta e sentar na cadeira, caracterizando, assim, ações fundamentais para mobilidade independente. Para medir o tempo dispendido, utilizou-se somente um cronômetro e uma trena de metros de comprimento. São considerados como parâmetros os seguintes valores: abaixo de 10 segundos sugerem indivíduos saudáveis, independentes e sem risco de queda; tempo entre 11 e 19 segundos indica que são deficientes ou frágeis, parcialmente independentes e com baixo risco de quedas; tempo acima de 20 segundos sugere déficit na mobilidade física e risco de queda.¹⁴

Aplicou-se um *checklist*, por meio de observação de todos os cômodos das residências, sobre os fatores de risco domiciliares que possam desencadear quedas tais como presença de degraus, tapetes, corrimão em banheiro, iluminação adequada, piso escorregadio, calçados e objetos no chão, animais soltos dentro da residência bem como cama e cadeira favorita adequadas.¹⁵

Os dados obtidos foram dispostos em planilhas do programa Microsoft Office Excel e, posteriormente transportado, para o programa SPSS versão 20.0 para Windows. Foi utilizada a estatística descritiva por meio de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e proporção e/ou intervalo de confiança de 95% para as qualitativas.

Primeiramente utilizou-se teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, como elas não seguiram padrão normal foi

utilizada a estatística não paramétrica. Para comparação das médias do EEB e do TUG teste entre as características sociodemográficas, quedas nos últimos 12 meses e entre os fatores de riscos domiciliares para quedas foram utilizados os testes *Mann-Whitney* para duas médias e *Kruskal-Wallis* três ou mais médias, considerando um nível de significância estatística de 95%, ou seja, $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, com parecer nº 1.131.780 e se regeu pelos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com a participação.

Resultados

Houve um predomínio do sexo feminino, indicando 66% dos participantes, sobre o sexo masculino (34%). Em relação a faixa etária dos participantes, 55,3% (n=104) idosos encontram-se entre 60 e 70 anos de idade, estando 29,2% (n=55) dos 188 idosos entre 71 e 80 anos de idade e 10,6% (n= 29) do total acima de 80 anos.

No tocante ao estado civil, os dados mostram que 53,7% (n=101)são casados, sendo que 38,8% (n=73) residem apenas com filhos, 23,4% (n=44) residem somente com o cônjuge e 14,4% (n=27) residem com cônjuge e filhos.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2015.

	N	%
Sexo		
Feminino	124	66,0
Masculino	64	34,0

Faixa etária

60 a 65 anos	59	31,4
66 a 70 anos	45	23,9
71 a 75 anos	35	18,6
76 a 80 anos	20	10,6
81 a 85 anos	20	10,6
Acima de 85 anos	09	4,8

Estado civil

Casado (a)	101	53,7
Solteiro (a)	12	6,4
Viúvo (a)	56	29,8
Outros	19	10,1

Vive com quem

Sozinho (a)	12	6,4
Cônjuge	44	23,4
Filhos	73	38,8
Pais	03	1,6
Parentes	19	10,1
Não familiares	01	0,5
Cônjuge e filhos	27	14,4
Cônjuge e parentes	09	4,8

Total	188	100,0
--------------	------------	--------------

Fonte: Pesquisa direta

Em relação à ocorrência de quedas foi encontrado um percentual aproximado, em que 49,3% (n=93) participantes caíram, apresentando com IC95%. Dentre os

idosos que caíram, 58,1% relataram ter sofrido somente um episódio de queda, 65,6% caíram na própria residência e 78,5% afirmaram que estavam andando. Os locais do domicílio onde mais ocorreram quedas foram sala e quintal com o percentual de 24,6% cada. Ao responderem sobre o motivo, 66,7% afirmaram que a causa foi somente um desequilíbrio momentâneo, produzindo fratura em apenas 18,3%. A região mais afetada durante as quedas foi a mão (30,1%), conforme é mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Dados relativos da queda sofrida pelos idosos nos últimos 12 meses. Teresina-PI, 2015.

	N	%
Ocorrência de queda		
Sim	93	49,5
Não	95	50,5
Quantidade de quedas		
Uma	95	58,1
Duas	18	19,4
Três	06	6,5
Maior três	15	16,1
Horário da queda		
Manhã	47	50,5
Tarde	18	19,4
Noite	17	18,3
Não lembra	11	11,8
Caiu na residência		
Sim	61	65,6

Rua	26	28,0
-----	----	------

Trabalho	01	1,1
----------	----	-----

Não lembra	05	5,4
------------	----	-----

Movimento procedeu a queda

Abaixando-se	03	3,2
--------------	----	-----

Andando	73	78,5
---------	----	------

Levantando	13	14,0
------------	----	------

Sentado	03	3,2
---------	----	-----

Outros	01	1,0
--------	----	-----

Atividade que estava realizando

Descendo ou subindo escadas	06	6,5
-----------------------------	----	-----

Saindo ou voltando do quarto	09	9,7
------------------------------	----	-----

Tomando banho	08	8,6
---------------	----	-----

Outros	70	75,3
--------	----	------

Local da queda no domicílio

Banheiro	12	19,7
----------	----	------

Cozinha	06	9,8
---------	----	-----

Escada	01	1,6
--------	----	-----

Quarto	09	14,8
--------	----	------

Quintal	15	24,6
---------	----	------

Sala	15	24,6
------	----	------

Não lembra	03	4,9
------------	----	-----

Motivo da queda

Desequilibrrou-se	62	66,7
-------------------	----	------

Sentiu-se fraco	11	11,8
Outros	20	21,5
Sofreu fratura		
Sim	17	18,3
Não	76	81,7
Região corpo afetada*		
Ombro	02	2,2
Braço	06	6,5
Antebraço	04	4,3
Punho	06	6,5
Mão	28	30,1
Cabeça	08	8,6
Tronco	03	3,2
Quadril	13	14,0
Joelho	20	21,5
Perna	04	4,3
Pé	11	11,8
Submeteu-se a cirurgia		
Sim	05	5,4
Não	88	94,6
Tempo de retorno as AVD's		
Menor 15 dias	79	84,9
Maior 16 dias	14	15,1
Total	93	100,0

Fonte: Pesquisa direta

*Questão de múltipla escolha.

Para a EEB, 78,2% (n=147) idosos apresentaram valor que os classificaram sem risco de quedas e somente 21,8% (n=41) participantes encontram-se na faixa de alto risco de quedas. Para o TUG teste a maioria obteve resultado que os classificaram em médio risco (71,3%; n=134), estando 17% (n=32) participantes em baixo risco e 11,7% (n=22) dos idosos em alto risco de sofrer queda. (Tabela 3)

Tabela 3. Risco de quedas dos idosos participantes da pesquisa segundo a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e o *Timed Up and Go (TUG) test*. Teresina-PI, 2015.

	N	%	IC95%
Queda últimos 12 meses			
Sim	93	49,5	42,3-56,7
Não	95	50,5	43,3-57,7
EEB			
Sem risco	147	78,2	73,2-84,1
Alto risco	41	21,8	15,1-28,5
TUG			
Baixo risco	32	17,0	11,2-22,4
Médio risco	134	71,3	55,6-87,0
Alto risco	22	11,7	6,3-17,1
Total	188	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta

A correlação entre a EEB e características sociodemográficas demonstrou que o sexo feminino obteve média significativamente maior ($48,9 \pm 5,7$) que o sexo masculino ($50,4 \pm 5,9$) com $p=0,024$. Também apresentou significância nas médias entre os idosos na faixa de 60 a 70 anos ($51,2 \pm 4,7$), acima de 80 anos ($45,0 \pm 6,7$) e os idosos na faixa etária entre 71 a 80 anos ($48,4 \pm 5,7$) com $p<0,001$. A análise

mostrou que a média da EEB entre os não-casados ($48,3 \pm 6,4$) foi estatisticamente significativa em relação aos casados ($50,3 \pm 5,0$) estando $p=0,039$, conforme pode ser visto na Tabela 4.

Quanto ao *TUG test* a média do sexo feminino foi de $15,6 \pm 4,4$ segundos em relação ao sexo masculino ($14,0 \pm 4,7$) com $p=0,006$. A faixa etária acima de 80 anos obteve média ($18,3 \pm 4,1$) significativamente maior que as demais faixas etárias com $p<0,001$. No tocante ao estado civil, o *TUG test* não apresentou média com relevância estatística.

A variável relacionada a quedas sofridas nos últimos 12 meses, mesmo tendo sido respondida afirmativamente por 93 participantes, tanto na correlação com a EEB quanto com o teste TUG não apresentou significância ($p>0,05$).

Tabela 4. Perfil sociodemográfico e queda nos últimos 12 meses dos idosos participantes da pesquisa segundo Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e *Timed Up and Go (TUG) test*. Teresina-PI, 2015.

	N	EEB		TUG (seg)	
		Média $\pm$ D.P	P	Média $\pm$ D.P	P
Sexo			0,024		0,006
Masculino	64	$50,4 \pm 5,9$		$14,0 \pm 4,7$	
Feminino	124	$48,9 \pm 5,7$		$15,6 \pm 4,4$	
Faixa etária			<0,001		<0,001
60 a 70 anos	104	$51,2 \pm 4,7$		$13,4 \pm 3,8$	
71 a 80 anos	55	$48,4 \pm 5,7$		$16,4 \pm 4,9$	
Acima de 80 anos	29	$45,0 \pm 6,7$		$18,3 \pm 4,1$	
Estado civil			0,039		0,154
Casado (a)	101	$50,3 \pm 5,0$		$14,7 \pm 4,7$	
Não casado (a)	87	$48,3 \pm 4,6$		$15,4 \pm 4,4$	

Queda nos últimos 12 meses

Não	95	49,9 $\pm$ 5,7	0,100	14,6 $\pm$ 4,6	0,080
Sim	93	48,8 $\pm$ 5,8		15,5 $\pm$ 4,5	

Fonte: Pesquisa direta

*Teste *Mann-Whitney*, **Teste *Kruskal-Wallis*

De acordo com a verificação dos riscos domiciliares para ocorrência de quedas, 70,7% (n=133) residências apresentam piso escorregadio e 64,9% (n=122) têm níveis diferentes no chão do banheiro. Somente 4,8% (n=09) das 188 residências apresentam corrimão no banheiro. Quanto as demais características apresentaram 30,7% piso quebrado; 9,6% cerâmica descolada; 17% fios de eletricidade no chão; 17% brinquedos pelo chão; 16,5% luzes queimadas; 36,7% cadeira favorita inadequada; 43,6% calçados e objetos pelo chão; 44,1% animais soltos pela casa; 38,8% ambientes pouco iluminados; 5,3% corrimão em escadas; 4,8% corrimão em banheiros; 28,7% cama inadequada e 38,8% níveis diferentes no assoalho (Tabela 5).

Dentre os fatores de risco domiciliares para quedas relacionados com a EEB, as variáveis que obtiveram significância estatística ($p < 0,05$) foram tacos ou carpetes descolados com média e desvio padrão de 49,8 $\pm$ 5,6, fios de eletricidade no chão (51,0 $\pm$ 5,4), cadeira favorita inadequada (50,1 $\pm$ 5,1), calçados ou outros objetos no chão (50,1 $\pm$ 5,7) e níveis diferentes no chão do banheiro (50,1 $\pm$ 5,5), conforme demonstra a Tabela 5.

Quando relacionados os fatores de risco domiciliares para quedas com o teste TUG, obteve-se como variáveis significativas o piso escorregadio com média e desvio padrão de 16,0 $\pm$ 4,2, além de presença de calçados, revistas ou outros

objetos no chão com média e desvio-padrão de $16,0 \pm 4,8$, ambas as variáveis com $p < 0,05$.

Tabela 5. Dados relativos ao *checklist* sobre os fatores de risco domiciliares para ocorrência de quedas verificados nas residências dos idosos participantes da pesquisa segundo Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e *Timed Up and Go* (TUG) test. Teresina-PI, 2015.

	N	%	EEB		TUG (seg)	
			Média±D.P	P*	Média±D.P	P*
Piso escorregadio				0,059		0,022
Não	55	29,3	48,4 ±5,7		14,6 ±4,7	
Sim	133	70,7	49,8 ±5,8		16,0 ±4,2	
Piso quebrado				0,875		0,100
Não	131	60,7	49,3 ±6,0		14,5 ±4,7	
Sim	57	30,3	49,7 ±5,3		15,3 ±4,5	
Tacos ou carpetes, descolados.				0,008		0,194
Não	170	90,4	49,8 ±5,6		14,9 ±4,6	
Sim	18	9,6	45,8 ±4,6		16,3 ±4,7	
Fios de eletricidade no chão				0,040		0,073
Não	156	83	49,0 ±5,8		13,9 ±4,4	
Sim	32	17	51,0 ±5,4		15,3 ±4,6	
Brinquedos no chão				0,198		0,703
Não	156	83	49,2 ±5,8		14,6 ±4,0	
Sim	32	17	50,4 ±5,5		15,1 ±4,7	

Luzes queimadas				0,061	0,355
Não	157	83,5	49,1 ±6,0	14,2 ±3,9	
Sim	31	16,5	51,2 ±4,9	15,2 ±4,7	
Cadeira favorita imprópria				0,009	0,282
Não	119	63,3	50,1 ±1,5	14,7 ±4,6	
Sim	69	36,7	48,6 ±6,0	15,2 ±4,5	
Sapatos, revistas ou outros objetos no chão.				0,001	0,003
Não	106	56,4	50,1 ±5,7	13,8 ±3,9	
Sim	82	43,6	48,4 ±5,6	16,0 ±4,8	
Animais domésticos que correm pela casa				0,327	0,957
Não	105	55,9	48,9 ±6,1	14,9 ±4,3	
Sim	83	44,1	49,9 ±5,3	15,1 ±4,8	
Ambientes com pouca iluminação				0,384	0,722
Não	115	61,2	49,4 ±5,2	14,8 ±4,2	
Sim	73	38,8	49,4 ±6,6	15,4 ±5,1	
Corrimão em escadas				0,146	0,955
Não	178	94,7	51,6 ±5,0	15,0 ±4,5	
Sim	10	5,3	49,3 ±5,8	15,1 ±5,1	
Corrimão em banheiros				0,244	0,187
Não	179	95,2	49,5 ±5,7	17,6 ±5,9	
Sim	09	4,8	47,0 ±7,3	14,9 ±4,5	

Cama imprópria					0,461	0,910
Não	134	71,3	49,3 ±5,6	14,9 ±4,6		
Sim	54	28,7	49,6 ±6,1	15,1 ±4,6		
Níveis diferentes no					0,010	0,414
chão do banheiro						
Não	66	35,1	50,1 ±5,5	15,4 ±4,7		
Sim	122	64,9	48,1 ±6,0	14,8 ±4,5		
Diferentes níveis no						0,403
assoalho					0,718	
Não	115	61,2	49,4 ±5,6	14,8 ±4,5		
Sim	133	70,7	49,3 ±6,1	15,4 ±4,7		

Fonte: Pesquisa direta

*Teste *Mann-Whitney*

Discussão

O resultado deste estudo demonstrou o predomínio do sexo feminino, estando a maioria dos participantes com idade entre 60 e 70 anos e casados, dados estes também encontrados em estudos semelhantes realizados no Brasil.¹⁶⁻¹⁷ Esse processo de feminização na velhice pode ser explicado pela rapidez no crescimento da população feminina em virtude da alta taxa de mortalidade masculina, já que essa se expõe mais a situações de risco e violência no trânsito, no trabalho e na comunidade.¹⁶⁻¹⁸ Os dados sobre arranjo familiar divergem dos encontrados em recente estudo, em que o maior percentual dos idosos, 29%, residiam somente com o cônjuge¹⁹, enquanto esta pesquisa revela que 38,8% residem somente com os filhos, mesmo sendo casados. Isso pode decorrer da saída do cônjuge de casa, sem que houvesse alteração formal do estado civil.

Em relação à prevalência de quedas sofridas, o percentual encontrado (49,5%) foi superior a maioria dos estudos relativos a ocorrência de quedas. Estudo¹⁹ relata um percentual de 33% de quedas, havendo percentual até menor como demonstrado em um outro estudo semelhante²⁰, no qual foi encontrado (27,6%). Outros pesquisadores também divergiram com dados mais elevados do que os encontrados nesta pesquisa, com uma prevalência de quedas entre os idosos no último ano de 59.3%²¹. Há um consenso de que o gênero mais acometido pelas quedas é o feminino¹⁹ fato esse que pode ser atribuído a força e massa muscular reduzida em relação ao gênero masculino, além da mulher estar mais voltada para os afazeres domésticos, discordando apenas em um estudo pesquisado²² que encontrou maior ocorrência de quedas nos homens (51%).

Estudos recentes, verificaram que as quedas, em sua maior parte, ocorreram no domicílio reforçando a necessidade de cuidados preventivos dentro da casa dos idosos. O período de maior incidência foi o diurno, contrariando assim a idéia de que o idoso tem maior risco de cair ao se levantar durante a noite para ir ao banheiro ou tomar água.^{18,22-24}

A presente pesquisa diverge com outros estudos no tocante a região corporal mais afetada. Nesse sentido, Pereira et al²⁴, Álvares, Lima e Silva²⁵ relatam os MMII como regiões mais acometidas, enquanto os resultados desse estudo indicaram as mãos, provavelmente pela reação involuntária de apoio e proteção.²⁴

A causa das quedas relatadas por quase todos os participantes desta pesquisa foi a alteração do equilíbrio corporal, função essa deficitária no envelhecimento,^{14,26} e também demonstrada em estudos realizados com idosos inscritos em um Centro de Saúde de Belo Horizonte²¹. Além disso, doenças

articulares também são mais freqüentes em idosos, contribuindo para a redução de força e a consequente perda de equilíbrio.

No tocante ao risco de quedas avaliado com a EEB, mesmo os escores totais da maioria dos participantes estando acima do ponto de corte, conforme outros estudos mostram o sexo feminino corresponde ao que maior tem predisposição a quedas, fato que provavelmente se deva a questões físicas e hormonais.^{4,27-28} Esta pesquisa demonstrou também que o risco de quedas apresenta uma relação direta com a faixa etária, ou seja, quanto mais avançada a idade maiores as chances do idoso sofrer quedas, sendo diretamente influenciado pelas alterações fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

Os participantes casados, por sua vez, já exibiram um menor risco de quedas em relação à EEB, dado este atribuído, provavelmente, ao fato deles terem uma vida mais ativa, com necessidades mais frequentes de realizações de atividades diárias, ainda que domésticas ou exercendo atividades remuneradas fora do domicílio, pois se sabe que a inatividade potencializa as alterações do organismo advindas com a chegada da terceira idade e que levam ao risco de quedas.

Neste estudo não foi encontrada relação significativa entre as escalas empregadas e as quedas nos últimos 12 meses, mesmo verificando que quase metade dos participantes havia sofrido queda no período descrito. Isto, provavelmente se deva ao fato de que a presente pesquisa foi realizada na comunidade, corroborando estudos que apontam que o risco de quedas é maior em idosos institucionalizados, uma vez que são mais frágeis.^{26,28-30}

Em relação ao TUG teste, verificou-se que o risco de quedas aumentou conforme a faixa etária, resultado comprovado em estudo normativo e validado.^{31,32} Esta pesquisa aponta que maior parte dos participantes encontra-se com baixo risco

de queda e que o gênero feminino apresenta mais risco que o masculino, possivelmente pelos fatores físicos e estruturais como menor quantidade de força e massa muscular, citados anteriormente.

Os fatores extrínsecos, ou seja, os fatores domiciliares, constituíram a causa mais frequente de ocorrência de quedas nos 515 idosos participantes de uma pesquisa em Ribeirão Preto.²⁷ Dentre os fatores ambientais que favorecem as quedas, outros estudos, assim como o resultado desta pesquisa, apontaram que o mais freqüente foi a presença de piso escorregadio²³, merecendo atenção e reformulação de medidas preventivas desses episódios. Este estudo mostrou também ausência de corrimão no banheiro em quase todas as residências, o que associado a ausência de piso antiderrapante constitui um local muito propício à ocorrência de quedas. Outro achado que pode levar o idoso a cair foi a existência de tapetes não fixados no chão nos ambientes em que ele mais circula (sala, cozinha e quarto).

Quanto a correlação entre os fatores ambientais e o TUG teste, houve significância estatística somente com o piso escorregadio e a presença de calçados e objetos pelo chão, demonstrando que essas variáveis aumentam consideravelmente o risco de quedas nos idosos.

Conclusão

Os resultados do estudo apontam uma elevada prevalência de quedas na população estudada e demonstram que a faixa etária acima de 80 anos e o sexo feminino são os que apresentam maior risco de quedas. Apesar da maioria dos participantes não se encontrarem na faixa de risco de quedas de acordo com a EEB, houve uma forte correlação entre o sexo, idade e a EEB e o TUG teste.

Embora as quedas relatadas pelos idosos tenham sido provocadas por fatores físicos, a pesquisa evidenciou que aspectos domiciliares também apresentaram uma forte associação com o risco de cair.

É necessário, portanto, que políticas públicas efetivas para prevenção de quedas sejam implementadas e aplicadas junto à população, orientando sobre fatores de risco, tanto fisiológicos como domiciliares, a fim de evitar esse tipo de acidente e suas reincidências. Deste modo, as seqüelas, que repercutem de forma negativa, principalmente na capacidade funcional do idoso, serão minimizadas, aumentando, assim, a qualidade de vida dos que envelhecem.

Referências

1. Harper S. Economic and social implications of aging societies. *Science*. 2014; 346(6209):587-9.
2. Evenson KR, Buchner DM, Morland KB. Objective measurement of physical activity and sedentary behavior among US adults aged 60 years or older. *Preventing chronic disease* 2012; 9(11):1-10
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília: 1994. [Acesso 2015 jul 09]. Disponível em: URL: < <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/Politica%20Nacional%20do%20Idoso.pdf/download>>.
4. Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* . 2013;29(4):758-68.

5. Pereira AA, Ceolim MF, Neri, AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. *Cad Saúde Pública* 2013;29(3): 535-46.
6. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Medication-related falls in the elderly. *Drugs & aging*, 2012;29(5):359-76.
7. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 2011;20(5):514-22.
8. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2012; 67A(6): 698-704.
9. Vinik AI, Vinik EJ, Colberg SR, Morrison S. Falls risk in older adults with type 2 diabetes. *Clinics in geriatric medicine*, 2015;31(1): 89-99.
10. Mesquita GV, Lima MALTA, Santos AMR, Alves ELM, Brito JNPO, Martins MCC. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto contexto - enferm.* . 2009;18(1):67-73.
11. Alvares F, Adriana IP, Terra Filho J. Tromboembolismo pulmonar: diagnóstico e tratamento. *Medicina*, 2003;36(2): 214-40.
12. Schlenstedt C, Brombacher S, Hartwigsen G, Weisser B, Möller B, Deuschl G. Comparing the Fullerton Advanced Balance Scale With the Mini-BESTest and Berg Balance Scale to Assess Postural Control in Patients With Parkinson Disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2015; 96(2): 218-25.
13. Miyamoto ST, et al. Brazilian version of the Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res*, 2004;37(9):1411-21.

14. Karuka AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Rev Brasileira de Fisioterapia 2011;15(6):460-6.
15. Ikuta YM. Caracterização de quedas em idosos residentes na comunidade na Estratégia Saúde da Família. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, UNICAMP; 2007.
16. Silva A, Faleiros HH, Shimizu WAL, Nogueira LM, Nhãn LL, Silva BMFmet al . Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. Ciênc saúde coletiva . 2012;17(8):2181-90.
17. Aveiro MC, Driusso P, Barham EJ, Pavarini SCI, Oishi J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. Ciênc saúde coletiva . 2012; 17(9):2481-88.
18. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MAS, Gurgel SN, Smith AAF et al . Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Revista Esc Enferm USP 2012;46(2):320-7.
19. Fhon JRS, Rosset I, Freitas CP, Silva AO, Santos JLF, Rodrigues RAP. Prevalência de quedas em idosos em situação de fragilidade. Revista de saúde pública, 2013;47(2):266-73.
20. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al . Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011; 27(9):1819-26.
21. Chianca TCM, Andrade CR, Albuquerque J, Wenceslau LCC, Tadeu LFR, Macieira TGR et al . Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. Rev bras enferm. 2013; 66(2): 234-40.

22. Meschial WC, Soares DFPP, Oliveira NLB, Nespollo AM, Silva WA, Santil FLP. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014;17(1):3-16.
23. Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro em Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012; 15(1):137-46.
24. Pereira GN, Morsch P, Lopes DGC, Trevisan MD, Ribeiro A, Navarro JHN et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. *Rev Ciências e Saúde Coletiva* 2013;18(12) 3507-14.
25. Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2010;26(1):31-40.
26. Müjdecı B, Aksoy S, Atas A. Avaliação do equilíbrio em idosos que sofrem queda e aqueles que não sofrem quedas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(5): 104-09.
27. 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.
28. Pereira VV, Maia RA, Silva SMCA. The functional assessment Berg Balance Scale is better capable of estimating fall risk in the elderly than the posturographic Balance Stability System. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013;71(1): 5-10.
29. Santos GM, Souza ACS, Virtuoso JF, Tavares GMS, Mazo GZ.. Valores preditivos para o risco de quedas em idosos praticantes e não-praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. *Rev Bras Fisioterapia* 2011;15(2): 95-101.

30. Baggio JAO, Curtarelli MB, Rodrigues GR, Tumas V. Validation of the Brazilian version of the Clinical Gait and Balance Scale and comparison with the Berg Balance Scale. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(9A): 621-6.
31. Pondal M, Ser T. Normative Data and Determinants for the Timed “ Up and Go” Test in a Population-Based Sample of Elderly Individuals Without Gait Disturbances. *J Geriatr Phys Ther*, 2008;31(2):57-63.
32. Bretan O, Silva Júnior JE, Ribeiro OR, Corrente JE. Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timed up and go. *Braz. J. otorhinolaryngol*. 2013; 79(1): 18-21.

4.2 Produto – CARTILHA SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO
DOMICÍLIO



TERESINA
2015

SUMÁRIO

A PESSOA IDOSA.....	04
QUEDAS EM IDOSOS	05
POR QUE O RISCO DE QUEDAS AUMENTA COM A IDADE?	06
IDENTIFICANDO OS RISCOS DE QUEDAS NO DOMICÍLIO	07
MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NO DOMICÍLIO	09
CUIDADOS NECESSÁRIOS AO IDOSO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS	15

A PESSOA IDOSA



A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, define Idoso pessoas com 60 anos ou mais. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso conforme o nível sócio-econômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos.

O Brasil está deixando de ser um país de jovens para ser uma nação de idosos. De acordo com estatísticas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), em vinte anos, o Brasil terá mais pessoas acima de quarenta anos do que jovens, ou seja, o país

envelhece a passos largos e as variações na dinâmica populacional são claras e irreversíveis.

QUEDAS EM IDOSOS



A queda é caracterizada 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, tais como ambientais, fisiológicos, psicossociais e biomédicos, comprometendo a estabilidade (SILVA et al, 2013).

Atualmente, estima-se uma prevalência de quedas em idosos acima de 30%. Segundo Siqueira et al (2007), a prevalência de quedas em alguns estados do Nordeste, incluindo o Piauí é de 34,8% dos idosos.

As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade

advindas desse evento, ao elevado custo social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção. São responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização. (CRUZ et al, 2013)

POR QUE O RISCO DE QUEDAS AUMENTA COM A IDADE?

Com o avançar da idade, o indivíduo torna-se mais frágil, principalmente devido a mudanças inerentes ao próprio processo natural do envelhecimento, como a redução da visão e audição, deformidades articulares, redução da força, diminuição da massa muscular, alterações do equilíbrio e da mobilidade e o aparecimento de doenças crônico-degenerativas ao longo do tempo. Todos esses fatores aumentam o risco do idoso cair.



IDENTIFICANDO OS RISCOS DE QUEDAS NO DOMICÍLIO

Várias situações no domicílio oferecem risco de quedas ao idoso:

- ✓ Tapetes soltos nos pisos de salas, banheiros, corredores, aumentam o risco de deslizar e escorregar;

- ✓ Presença de móveis nos corredores e cômodos, em locais que precisam ser desviados ao transitar;

- ✓ Animais de estimação (gatos, cachorros) que correm próximos aos donos;

- ✓ Escadas sem corrimão e com degraus altos e inapropriados, mal sinalizados, sem pisos antiderrapantes e com iluminação deficiente

- ✓ Ambientes com pouca iluminação;



Uso inadequado de tapetes



Iluminação adequada

- ✓ Levantar durante a noite e sem fácil acesso para acender as luzes;
- ✓ Uso de escada para alcançar objetos guardados no alto;
- ✓ Uso de vaso sanitário para trocar lâmpada em banheiro;
- ✓ Sapatos de solados escorregadios ou com salto alto; calçados não emborrachados nos solados, como chinelinhos de flanela;



Bancos e escadas instáveis

- ✓ Pisos escorregadios, com superfícies lisas, úmidas e enceradas; pisos irregulares, ainda em construção, tacos soltos ou pisos quebrados;
- ✓ Obstáculos no chão: fios elétricos, brinquedos, calçados, revistas, mesas pequenas, animais domésticos;



Fios e objetos soltos no chão

- ✓ Ambientes com várias tonalidades de uma mesma cor: os idosos não distinguem com clareza estes tons (móveis, chãos e

portas de uma mesma cor), causando confusão e risco de quedas;

- ✓ Camas de altura inadequada, baixa demais ou alta demais;
- ✓ Cadeiras baixas e sem braços para apoio;
- ✓ Móveis frágeis, principalmente se localizados em corredores onde os idosos os façam também como apoio;
- ✓ Vasos sanitários baixos e sem apoios laterais;
- ✓ Falta de apoios laterais nos boxes, para o banho.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE QUEDAS NO DOMICILIO



prevenção de quedas

Pisos molhados

NO QUARTO

- Interruptor de luz ou um abajur ao lado da cama para não levantar no escuro;
- Se tiver tapetes, prenda-os ao chão;
- Evite camas muito baixas ou muito altas e colchões muito macios. Você poderá ter dificuldade para levantar ou deitar.

NO BANHEIRO



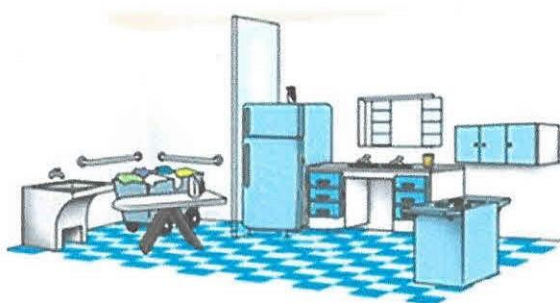
Adaptação adequada

- Aumente a altura do vaso sanitário, com um elevador de assento, e instale barras de apoio laterais e paralelas para facilitar ao sentar e levantar;
- Substitua o box de vidros por cortinas, utilize tapetes emborrachados e antiderrapantes e instale

barras de apoio dentro do Box para facilitar a movimentação;

- Utilize uma cadeira resistente e firme dentro do Box se tiver dificuldade de se abaixar durante o banho;
- O uso de lâmpadas fluorescentes, de cortinas, pia e assento do vaso sanitário em cores diferentes da cor do piso podem tornar o ambiente mais bem iluminado.

NA SALA, CORREDORES E COZINHA



Adaptação adequada

- Prefira cadeiras e poltronas com apoios de braço laterais e com altura adequada para sentar e levantar;
- Evite sofás muito baixos e macios para reduzir a dificuldade para se levantar;

- Retire pequenos móveis que podem ser barreiras ao livre acesso entre os locais da casa;
- Se tiver escadas, essas devem ser livres de objetos, possuírem corrimão dos dois lados, fitas antiderrapantes nos degraus e interruptores de luz, na parte inferior e superior da mesma;
- Não deixe pequenos objetos espalhados pelo chão, como brinquedos de crianças, fios ou extensões elétricas que cruzam o caminho.
- Não utilize armários muito altos que necessitem de bancos ou escadas para alcançar os objetos e que causem instabilidade.

NO QUINTAL

- Atenção aos buracos presentes, fechá-los logo que forem identificados;
- Evite acúmulo de lodo no chão, pois o torna escorregadio;
- Não manter materiais desorganizados no espaço utilizado;

- Muito cuidado ao correr atrás de animais domésticos para pegá-los.

CUIDADOS NECESSÁRIOS AO IDOSO

- Prática regular de atividade física, melhorando assim equilíbrio, coordenação motora e força;
- Checkups periódicos;
- Solicitar racionalização da prescrição de medicação, correção de doses e de combinações inadequadas pelo profissional que faz o acompanhamento;
- Redução da ingestão de bebidas alcoólicas.



Praticar exercícios

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto é possível que tanto os profissionais da Estratégia Saúde da Família como os próprios idosos e seus familiares possam tomar providências no sentido de evitar ou minimizar os riscos de quedas em idosos no domicílio. Orientações e correções das inadequações nas residências que podem ocasionar quedas devem ser realizadas com frequência, possibilitando assim uma redução no quadro de morbimortalidade vigente e aumentando a qualidade de vida dos que envelhecem.



**MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**



5 CONCLUSÃO

O estudo realizado com objetivo de descrever a ocorrência e o risco de quedas na população idosa evidenciou uma alta prevalência de quedas, com risco aumentado especialmente no gênero feminino e grupo etário acima de 80 anos de idade. Os resultados foram, dessa forma, coerentes com demais pesquisas realizadas em idosos que vivem na comunidade.

Ainda que as escalas utilizadas para verificar o risco de quedas tenham demonstrado uma certa divergência, em que uma apresentou a maior parte dos participantes sem risco de quedas ao mesmo tempo em que a outra demonstrou médio risco de quedas para a maioria dos idosos, ambas foram correlacionadas com características sociodemográficas e domiciliar, apontando que os aspectos associados predispõem os participantes às quedas.

Mesmo que a causa da maioria das quedas tenha sido a alteração do equilíbrio ou outros fatores intrínsecos, não se pode excluir as inadequações do domicílio, ou seja, as causas externas que potencializam as chances de cair do idoso. Felizmente, quase nenhum dos participantes sofreu consequência mais severa, no caso a fratura, não estando, porém, impossibilitados de uma recidiva desse tipo de acidente o que pode resultar em complicações graves à saúde do idoso, inclusive levando-o a morte.

Diante disso, destaca-se a necessidade de haver uma orientação clara e objetiva sobre prevenção de quedas no idoso, esclarecendo sobre a necessidade de aliar a manutenção da sua funcionalidade com a adequação domiciliar. Cabe, assim, um planejamento de práticas de orientação por parte da equipe de saúde que realiza a assistência nas residências, a fim de detectar os riscos e ensinar como corrigi-los ou evitá-los, reduzindo a incidência das quedas e conseqüentemente as taxas de morbimortalidade produzidas por elas.

REFERÊNCIAS

- ANTES, D. L. et al. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis-SC. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p.758-768. 2013.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília (DF): 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CARVALHO, C. J. A.; ASSUNÇÃO, R. C.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.20, n.4. p.1307-1324, 2010.
- COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na Estratégia Saúde da Família: visão de equipe. **Escola Anna Nery**, v.17, n.4, p.628-637, 2013.
- COUTINHO, W. L. M. et al. Idosos adscritos na Estratégia Saúde da Família e seus conhecimentos referentes a prevenção de quedas. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 16, n.157, jun. 2011.
- CUNHA, L. L; MAYRINK, W. C. A influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista da dor**, São Paulo, v.12, n.2, p.120-124, 2011.
- CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.138-146, 2012.
- FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. Causas e conseqüências de quedas de idosos em domicílio. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v.26, n.4, p. 753-762, 2013.
- FHON, J. R. S. et al. Prevalência de quedas em idosos em situação de fragilidade. **Revista de saúde pública**, v. 47, n. 2, p.266-273, 2013.
- HADDAD, N. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde – Como Planejar, Analisar e Apresentar um Trabalho Científico**. 1. ed. São Paulo: Editora Roca Ltda, 2004.
- HUNGRIA NETO, J. S.; DIAS, C. R.; ALMEIDA, J. D. B. Características epidemiológicas e causas da fratura de terço proximal do fêmur em idosos. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.46, n.6, p.660-67, 2011.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos idosos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- IKUTA, Y. M. **Caracterização de quedas em idosos residentes na comunidade na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). 152p. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2007.

KARUKA, A. H.; SILVA, J. A. M. G; NAVEGA, M. T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idoso. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 6, p. 460-466, 2011.

LOURENÇO, T. S. et al. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos moradores de Ceilândia – DF. **Revista Movimenta**, v.6, n.2. p. 471-480, 2013.

LUZIA, M. F; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n.2, p. 262-268, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

MESQUITA, G. V. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 67-73, 2009.

MIYAMOTO, S. T. et al. Brazilian version of the Berg balance scale. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n.9, p.1411-1421, 2004.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.4, p.779-786, 2011.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e Idade Madura**. 8. ed. São Paulo: Editora Papirus, 2012.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.723-730, 2012.

OLIVEIRA, P. P. Relação entre a qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.5, p.231-237, 2011.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.3, p.535-546, 2013.

PEREIRA, G. N et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v18, n 12, p. 3507-3514, abr. 2013.

POVOA, L. C et al. Intervenção osteopática em idosos e o impacto na qualidade de vida. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v. 24, n.3, p.429-436, 2011.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p.2223-2235, 2012.

ROCHA, J. B. B; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros no programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n.1, p.46-52, 2013.

ROCHA, F. C. et al. Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPÍ**, v. 4, n.4, p.36-41, 2011.

SANTOS, G. M. et al. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.15, n.2, p.95-101, 2011.

SILVA, J. M. N. et al. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n.2, p.337-346, 2013.

SANTOS, S. S. C. et al. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1227-1236, 2012.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.3, p.665-671, 2011.

TAVARES, D. M.; DIAS, F. A. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, n. 20, p.205-213, 2011.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, v. 23, n. 1, p.5-26, 2006.

YAMAZAKI, A. L. S.; FERREIRA, E. G. Identificação dos fatores de risco relacionados a quedas em idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n.1, p.93-98, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos participantes**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Res. 466/12, do CNS).

Você, na qualidade de participante de pesquisa, está sendo consultado para participar de um estudo. Você precisa decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como participante de pesquisa.

Para melhor esclarecer, participante de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração**.

Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação na pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Você poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo sem haja qualquer penalidade.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de pesquisa intitulado: A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador Responsável: Lízia Daniela da Silva Nascimento

Pesquisadores participantes: Gerardo Vasconcelos Mesquita

Telefone(s) para contato: (86) 9976-9100, (86) 9981-1297

E-mail(s): liziadaniela@hotmail.com, gvmesquita@uol.com.br

O objetivo desta pesquisa é descrever as características das quedas e identificar fatores de risco ambiental que envolvem o idoso na Estratégia Saúde da Família.

O senhor(a) será submetido a dois testes que irão verificar o risco de quedas que o senhor apresenta. Esses testes exigem que o senhor realize pequenos movimentos e mudanças

de posturas do corpo. O senhor também terá que responder a um questionário, além disso o pesquisador irá fazer observações da estrutura física no seu domicílio para preencher um checklist.

Riscos: o senhor poderá apresentar desconforto do tipo tontura durante a execução de um dos testes, porém como forma de evitar esses problemas, será feita uma análise de sua situação de saúde procurando saber da existência de condições do tipo labirintite ou outros tipos de tonturas em seu histórico médico. Caso haja alguma dessas condições, o senhor não precisará participar desse estudo.

Benefícios: após o senhor fornecer os dados e passar pelos testes, ser-lhe-á entregue um panfleto contendo informações e ilustrações sobre como o senhor prevenir quedas dentro da sua residência.

O senhor terá acesso em qualquer etapa da pesquisa aos pesquisadores responsáveis pelo presente estudo. Para esclarecimento de eventuais dúvidas, entrar em contato com a pesquisadora Lízia Daniela e Silva Nascimento no seguinte endereço e telefone:

Av. Mirtes Melão, 5733, Gurupi. Tel.: 9976-9100

e-mail: liziadaniela@hotmail.com

Caso tenha alguma outra dúvida sobre esta pesquisa, pode contatar o CEP UNINOVAFAPI no seguinte endereço:

Rua Vitorino Ortiges Fernandes, 6123

Telefone: (86) 2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

O período de sua participação será de 12/ 2014 a 03/2015, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como participante da pesquisa a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, portador da cédula RG nº _____ fui informado pelos pesquisadores sobre a pesquisa "A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" e fui devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios da minha colaboração, e entendi os objetivos, a justificativa e a metodologia desta pesquisa. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não terei nenhuma despesa e nem remuneração e que posso desistir a qualquer

momento de ser participante da mesma. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelos pesquisadores, ficando uma via com cada um de nós. Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI no endereço Rua Vitorino Orthiges Fernandes 6123, Bairro Uruguai, pelo telefone (86) 2106-0700.

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

(Lízia Daniela e Silva Nascimento. CPF: 691.168.493 -53)

Nome e Assinatura do pesquisador participante:

(Gerardo Vasconcelos Mesquita. CPF: 287.191.903-87)

Nome e Assinatura do participante da pesquisa:

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS E SUAS QUEDAS

- 1) Sexo
☐ Feminino
☐ Masculino
- 2) Estado civil
☐ casado
☐ não casado
- 3) Vive com quem?
☐ sozinho
☐ cônjuge
☐ filhos
☐ pais
☐ parentes
☐ não familiares
- 4) Qual a sua faixa etária?
☐ 60 a 70 anos
☐ 71 a 80 anos
☐ acima de 80 anos
- 5) O(a) senhor(a) sofreu alguma queda no último ano?:
☐ sim
☐ não
- 6) Quantas quedas o(a) senhor(a) sofreu no último ano?
☐ uma
☐ duas
☐ três
☐ mais de três vezes
- 7) Qual o horário o(a) senhor(a) caiu?
☐ manhã
☐ tarde
☐ noite
☐ não lembra
- 8) Caiu na sua própria casa?
☐ Sim
☐ Não. Onde? _____
☐ Não lembra
- 9) Qual movimento precedeu a queda?
☐ estava andando
☐ estava levantando (da cama, sofá, cadeira)
☐ estava sentando

☐ estava abaixando-se

10) Qual atividade estava realizando no momento da queda?

- ☐ tomando banho
- ☐ saindo ou voltando para o quarto
- ☐ descendo ou subindo escadas
- ☐ outras

11) Qual o local da casa o(a) senhor(a) estava no momento da queda?

- ☐ na cozinha
- ☐ na sala
- ☐ no banheiro
- ☐ no quarto
- ☐ na escada
- ☐ no quintal
- ☐ não lembra

12) Qual o motivo da queda?

- ☐ desequilibrou-se
- ☐ sentiu-se tonto
- ☐ sentiu-se fraco
- ☐ outros

13) Sofreu fratura em decorrência da queda?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14) Qual a região do corpo foi afetada com a queda?

- ☐ ombro
- ☐ braço
- ☐ antebraço
- ☐ punho
- ☐ mão
- ☐ cabeça
- ☐ tronco
- ☐ quadril
- ☐ coxa
- ☐ joelho
- ☐ perna
- ☐ pé

15) Submeteu-se a cirurgia em decorrência da fratura?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16) Em quanto tempo retornou às atividades do dia-a-dia após a queda?

_____ dias

_____ semanas

_____ meses

APÊNDICE C – PANFLETO EVITANDO QUEDAS EM CASA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA



EVITANDO QUEDAS EM CASA

- Interruptor de luz ou um abajur ao lado da cama para não levantar no escuro;
- Se tiver tapetes, prenda-os ao chão;
- Evite camas muito baixas ou muito altas;
- Aumente a altura do vaso sanitário, e, se possível, instale barras de apoio laterais para facilitar ao sentar e levantar;
- Utilize tapetes emborrachados e antiderrapantes no box;
- Utilize uma cadeira resistente e firme dentro do box se tiver dificuldade de se abaixar durante o banho;
- Mantenha o banheiro bem iluminado;
- Prefira cadeiras e poltronas com apoios de braço laterais e com altura adequada para sentar e levantar;

- Evite sofás muito baixos;
- Retire pequenos móveis das passagens da casa;
- Coloque corrimão na escada dos dois lados;
- Não deixe pequenos objetos espalhados pelo chão, como brinquedos de crianças, fios ou extensões elétricas que cruzam o caminho.
- Evite subir em bancos e escadas instáveis para acessar armário alto;



ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as suas mãos como suporte

- (4) capaz de se levantar sem utilizar as mãos e estabilizar-se de forma independente**
- (3) capaz de se levantar de forma independente utilizando as mãos**
- (2) capaz de se levantar utilizando as mãos após diversas tentativas**
- (1) necessita de ajuda mínima para se levantar ou estabilizar**
- (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para se levantar**

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé, durante 2 minutos sem se apoiar.

- (4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos**
- (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão**
- (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio**
- (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio**
- (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio**

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

- (4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos**
- (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão**
- (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos**
- (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos**
- (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos**

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

- (4)** senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3)** controla a descida utilizando as mãos
- (2)** utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- (1)** senta-se de forma independente, mas tem descida sem controle
- (0)** necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô.

Por favor, transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa

- (4)** capaz de se transferir com segurança com uso mínimo das mãos
- (3)** capaz de se transferir com segurança com o uso das mãos
- (2)** capaz de se transferir seguindo orientações verbais com/ou supervisão
- (1)** necessita de uma pessoa para ajudar
- (0)** necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- (4)** capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- (3)** capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- (2)** capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- (1)** incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- (0)** necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Por favor, junte os seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- (4)** capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com segurança
- (3)** capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- (2)** capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 30 segundos
- (1)** necessita de ajuda para se posicionar, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (0)** necessita de ajuda para se posicionar e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar à frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

(O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar na inclinação).

Por Favor, se possível, use ambos os braços de forma a evitar rotação do tronco.

- (4)** pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- (3)** pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- (2)** pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- (1)** pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- (0)** perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objecto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: Por favor, pegue o objeto que está na frente dos seus pés.

- (4)** capaz de pegar o sapato/chinelo com facilidade e segurança
- (3)** capaz de pegar o sapato/chinelo, mas necessita de supervisão
- (2)** incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma independente
- (1)** incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando

(0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: Por favor, vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.

(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso

(3) olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso

(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio

(1) necessita de supervisão para virar

(0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: Por favor, gire sobre si mesmo.

Faça uma pausa. Gire em sentido contrário.

(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

(3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos

(2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente

(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais

(0) necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau/banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Por favor, toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho.

Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes..

(4) capaz de permanecer em pé de forma independente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos

(3) capaz de permanecer em pé de forma independente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos

- (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: Coloque um pé directamente à frente do outro na mesma linha. Se achar, que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado.

- (4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro de forma independente, e permanecer por 30 segundos
- (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado de forma independente, e permanecer por 30 segundos
- (2) capaz de dar um pequeno passo de forma independente e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar.

- (4) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por mais que 10 segundos
- (3) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 5-10 segundos
- (2) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 3-4 segundos
- (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé de forma independente
- (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair

Resultado Total (Máximo = 56)

Entre 41 e 56 pontos – baixo risco de queda

Entre 21 e 40 pontos – médio risco de queda

Entre 0 e 20 pontos – elevado risco de queda

ANEXO B - TUG TEST (Timed Up and Go Test)

Consiste em levantar-se de uma cadeira, sem ajuda dos braços, andar a uma distância três metros, dar a volta e retornar. No início do teste, o participante deve estar com o dorso apoiado no encosto da cadeira e, ao final, deve encostar novamente. O participante deve receber a instrução para realizar o teste e o tempo será cronometrado a partir da voz de comando até o momento em que ele apóie novamente o dorso no encosto da cadeira. O teste deve ser realizado uma vez para familiarização e uma segunda vez para tomada do tempo.

TEMPO: _____ SEGUNDOS

a

ANEXO C - CHECKLIST SOBRE FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS

Fatores de risco domiciliares para quedas

O Sr(a) sabe que um grande problema para os idosos é o risco de queda que frequentemente leva a fraturas (quebra de ossos) e necessidade de ficar longo tempo acamado. Podemos checar juntos quantos fatores de risco para queda tem na sua casa?

Contar o número de cada um dos itens existentes na casa	Números	
Número de escadas dentro e fora de casa		
Número de degraus dentro de casa		
Número de degraus para sair de casa		
Número de tapetes na sala		
Número de tapetes na cozinha		
Número de tapetes no quarto		
Coloque 1 se encontrar algum destes itens e 0 para os não encontrados	Sim	Não
Piso escorregadio		
Piso quebrado		
Tacos ou carpetes, descolados.		
Fios de eletricidade no chão		
Brinquedos no chão		
Luzes queimadas		
Cadeira favorita imprópria		
Sapatos, revistas ou outros objetos no chão.		
Animais domésticos que correm pela casa		
Ambientes com pouca iluminação		
Corrimão em escadas		
Corrimão em banheiros		
Cama imprópria		
Níveis diferentes no chão do banheiro*		
Diferentes níveis no assoalho*		

* Considere níveis diferentes pequenas elevações ou rebaixamento do assoalho.

** Considere impróprias cadeiras ou camas muito altas ou muito baixas. O ideal é aquela em que o entrevistado possa senta-se confortavelmente com os pés apoiados no chão e os joelhos dobrados em 90 graus.

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A OCORRÊNCIA E FATORES DE RISCO DOMICILIARES PARA QUEDAS EM IDOSOS PERTENCENTES A UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Lízia Daniela e Silva Nascimento

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37083614.0.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.131.780

Data da Relatoria: 29/06/2015

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Segundo dados de projeção do IBGE divulgados no ano de 2013, hoje existem mais de 10 milhões de idosos no país e em 10 anos serão mais de 15 milhões, ou seja, um crescimento de 50%. Com o envelhecimento da população, cresce também a preocupação com a saúde. As medidas de prevenção de doenças devem ser focadas em aumentar os anos de vida vividos com saúde, e não meramente prolongar a vida. As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade advindas desse evento, ao elevado custo social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido referida como a estratégia estruturante para

o alcance de mudanças significativas no contexto da saúde pública brasileira principalmente porque vem ocupando um lugar de destaque no SUS através do compartilhamento de seus princípios e diretrizes e da busca de um atendimento à saúde focado nas necessidades de saúde e sociais da população. Os profissionais de saúde devem observar a sua maneira de assistir o idoso na estratégia saúde da família, devem propor o bem-estar como qualidade de vida para este idoso,

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.131.780

estimulando-o a construir e buscar seu próprio caminho de realizações, partindo sempre das vivências e experiências dessas pessoas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as características das quedas e identificar fatores de risco ambiental que envolvem o idoso na ESF.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil dos idosos quanto a idade e sexo; Verificar a prevalência de quedas em idosos; Avaliar o perfil do risco de quedas em idosos; Determinar os fatores de risco domiciliares para quedas dos idosos estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram relatados os riscos e benefícios da pesquisa e, concordância com a Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social. O envelhecimento da população é uma realidade, dessa forma estudos que relacionam o risco de quedas são importantes porque a queda é um fator limitante da qualidade de vida no envelhecimento. A pesquisa será desenvolvida no Bairro Planalto Uruguai, Zona Leste de Teresina-PI com idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família do bairro Planalto Uruguai de Teresina-PI, tendo como amostra 304, idosos escolhidos de forma aleatória e definidos a partir do valor total de 1446 idosos atendidos pela ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi alterado o título do projeto, uma vez que o atual se adequa mais aos objetivos e metodologia, dessa forma a emenda está aprovada porque esta de acordo com as recomendações Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.131.780

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado conclui pela aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa porque está elaborado conforme recomendações da Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

TERESINA, 30 de Junho de 2015

p/p. Theonias Gomes Pereira

Assinado por:
Theonias Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br