

**FACULDADES INTEGRADAS PADRÃO - FIP-GUANAMBI**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO MEDICINA**

IGOR RAFAEL FONSECA DIAS  
RODRIGO ALCANTARA NORMANHA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A CAPACIDADE COGNITIVA E A OCORRÊNCIA DE**  
**QUEDAS EM IDOSAS DO SEMIÁRIDO NORDESTINO**

Guanambi – BA

2022

IGOR RAFAEL FONSECA DIAS  
RODRIGO ALCANTARA NORMANHA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A CAPACIDADE COGNITIVA E A OCORRÊNCIA DE  
QUEDAS EM IDOSAS DO SEMIÁRIDO NORDESTINO**

Artigo científico apresentado ao Curso de  
Graduação em Medicina das FIP Guanambi,  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Ma. Elaine Santos da Silva

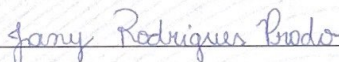
Guanambi-BA  
2022

**FACULDADES INTEGRADAS PADRÃO – FIPGUANAMBI  
COORDENADORIA DE PESQUISA/COPPEXII  
CURSO DE MEDICINA**

**DECLARAÇÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO -  
TCC**

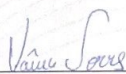
Ata de defesa, perante Banca Avaliadora, do Trabalho de Conclusão de Curso dos (das) discentes Igor Rafael Fonseca Dias e Rodrigo Alcantara Normanha, requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina pelas Faculdades Integradas Padrão – FIPGuanambi, no dia 17 de junho de 2024, às 14h, na sala invertida. Constituíram a Banca Examinadora a profa. orientadora Elaine Snatos da Silva e os avaliadores prof. Hernan Carlos Sampaio Filho e profa. Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes. Após a apresentação e as observações dos membros da Banca Examinadora, o trabalho foi declarado **aprovado**. Eu, Jany Rodrigues Prado, Coordenadora de TCC, lavrei a declaração para apreciação dos setores e demais interessados.

Guanambi/BA, 05 de junho de 2024.



**Profa. Jany Rodrigues Prado**

**Coordenadora de TCC**



**Vânia Torres**

**Diretora Acadêmica**

**(75) 3199-9205** 

[www.fip-gbi.edu.br](http://www.fip-gbi.edu.br) 

[@fipguanambi.afya](https://www.instagram.com/fipguanambi.afya) 

Av. Prisco Viana, 215, Santa Catarina   
Guanambi - BA - CEP: 46430-000

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

D541a      Dias, Igor Rafael Fonseca  
              Associação entre a Capacidade Cognitiva e a ocorrência de  
              quedas em idosos do Semiárido Nordeste/ Igor Rafael Fonseca  
              Dias; Rodrigo Alcantara Normanha - Guanambi, BA, 2022.  
              22 f.

Orientador(a): Elaine Santos da Silva

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Medicina) —  
Faculdades Integradas Padrão- FIPGuanambi/Afya, 2022.

1. Capacidade Cognitiva. 2. Condição de Saúde. 3.  
Envelhecimento. 4. Mulheres Idosas. I. Normanha, Rodrigo  
Alcantara. II. Silva, Elaine Santos da, orient. III. Título.

CDU  
616.8: 616-053.9

# ASSOCIAÇÃO ENTRE A CAPACIDADE COGNITIVA E A OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSAS DO SEMIÁRIDO NORDESTINO

## ASSOCIATION BETWEEN COGNITIVE ABILITY AND THE OCCURRENCE OF FALLS IN ELDERLY IN THE SEMI-ARID NORTHEAST

Igor Rafael Fonseca Dias<sup>1</sup>, Rodrigo Alcantara Normanha<sup>1</sup>, Elaine Santos da Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a associação entre a capacidade cognitiva, condição de saúde e a ocorrência de quedas em mulheres idosas residentes em Guanambi, Bahia. **Material e Método:** tratou-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal de caráter descritivo e exploratório, realizado com 550 mulheres idosas em 2018. Para avaliação da capacidade cognitiva foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental e para condição de saúde e ocorrência de quedas um formulário de diagnóstico situacional elaborado pelos pesquisadores. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, através da análise univariada e bivariada utilizando os testes qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fischer, e posterior regressão logística. **Resultados:** pode-se observar que a maioria apresentou idade menor que 70 anos, raça/cor negra, com baixa escolaridade, não possuíam companheiro e com renda de um salário mínimo. A função cognitiva os domínios de orientação e linguagem apresentaram maiores médias. Em relação a condição de saúde 80% é diagnosticada com alguma doença crônica, com maior queixa de artrite, hipertensão e diabetes. Observou-se uma associação positiva, mas não estatisticamente significativa entre a função cognitiva e a ocorrência de quedas, ou seja, as idosas com a função cognitiva normal apresentaram probabilidade de 32% de sofrer quedas quando comparadas com as idosas com diminuição da capacidade cognitiva e com demência. **Considerações finais:** percebe-se que, não apenas o avanço da idade predispõe o declínio da capacidade cognitiva, pois outros fatores inerentes à condição de saúde e de vida podem estar associados. Verificou-se que quanto maior o número de doenças crônicas, concomitantemente aumenta as chances de quedas na mulher idosa, essas morbidades deixam a mulher mais frágil, isso devido a relação com as carências nutricionais e até mesmo quanto às questões osteomusculares.

**Palavras-chave:** Capacidade Cognitiva. Condição de Saúde. Envelhecimento. Mulheres Idosas. Quedas.

### ABSTRACT

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdades Integradas Padrão FIP-Guanambi.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Docente do Curso de Medicina na Faculdades Integradas Padrão FIP-Guanambi.

**Objective:** to verify the association between cognitive ability, health status, and the occurrence of falls in elderly women living in Guanambi, Bahia. **Material and Method:** this was quantitative cross-sectional research of descriptive and exploratory nature, conducted with 550 elderly women in 2018. To assess cognitive ability, the Mini Mental State Examination was used and for health status and occurrence of falls, a situational diagnosis form was prepared by the researchers. The data were analyzed by descriptive statistics, through univariate and bivariate analysis using Pearson's chi-square test and Fischer's Exact Test, subsequent logistic regression. **Results:** It was observed that the majority were younger than 70 years old, black, with low education, no partner, and with an income of one minimum wage. The cognitive function, orientation and language domains presented the highest averages. Regarding health status, 80% were diagnosed with some chronic disease, with greater complaints of arthritis, hypertension and diabetes. A positive association was observed, but not statistically significant, between cognitive function and the occurrence of falls, i.e., elderly women with normal cognitive function were 32% more likely to suffer falls when compared to those with cognitive function with dementia. **Final considerations:** it can be seen that not only advancing age predisposes to a decline in cognitive ability, but other factors inherent to health and living conditions may be associated. It was verified that the greater the number of chronic diseases, concomitantly increases the chances of falls in the elderly woman, these morbidities leave the woman more fragile, due to the relationship with nutritional deficiencies and even regarding musculoskeletal issues.

**Keywords:** Cognitive Ability. Health Condition. Aging. Elderly Women. Falls.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos vem sendo observado mundialmente ao longo dos últimos anos, com projeções para mais de 1,5 bilhão de idosos até o ano 2050, e cerca de 80% deles viverão em países de baixa e média renda (ONU, 2020). Seguindo essa tendência, no Brasil também houve um aumento da população acima dos 60 anos de idade nas últimas décadas, sendo que, o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) estimou que o país terá 58,2 milhões (25,5%) de indivíduos com 65 anos ou mais em 2060. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo com 16,9 milhões (56% dos idosos).

Dadas as condições econômicas dos países em desenvolvimento como o Brasil, muitos destes idosos vivem em condições de vulnerabilidade e em contextos de pobreza, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, com o aumento do envelhecimento populacional, são esperadas diferentes condições de gênero, individuais e de saúde para as pessoas idosas, além da consequente utilização de diferentes recursos para o cuidado da saúde dessa parcela da população (ESCORSIM, 2021).

Dentre os fatores que promovem a maior expectativa de vida nas mulheres, estão o menor consumo do tabaco e álcool e a maior demanda por assistência à saúde. Tem-se também mais exposição dos homens jovens e adultos às mortes violentas por causas externas, como acidentes e homicídios. Essa predominância de mulheres na população de idosos tem sido caracterizada como uma “feminilização da velhice” (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Sabe-se que o processo do envelhecimento acarreta alterações no organismo de forma natural, progressiva e dinâmica levando o indivíduo a vulnerabilidade e complicações intrínsecas e extrínsecas. Sendo que neste gradual envelhecimento ocorre o aumento do risco de algumas doenças nas quais acometem o controle sensorial e nervoso (PEREIRA; AMORIM; SOARES, 2017).

Contudo, ainda que as doenças crônicas estejam presentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional, deste modo, o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade. Dessa forma, a atenção tardia a uma condição de saúde pode implicar na perda da funcionalidade ou instalação da fragilidade, como a perda da massa muscular, diminuição do equilíbrio, comprometimento de doenças crônica não transmissível, polifarmácia, quedas, déficits cognitivos que demandam da saúde que elevam o risco (MORAES et al., 2018; GIACOMINI; FRON; RODRIGUES, 2019).

Nesse sentido, o fato de uma população envelhecer, algumas síndromes tendem a surgir neste grupo etário, como por exemplo as síndromes demenciais, que podem deixar os idosos mais susceptíveis a eventos desfavoráveis, assim aumentando a morbimortalidade; uma dessas situações são as quedas, que na maioria das vezes podem apresentar um caminho sem volta e um desfecho negativo na vida da pessoa idosa (SANTOS ARAÚJO et al., 2020).

Apesar de viverem mais, as mulheres idosas estão mais expostas à prevalência de doenças de cuidado prolongado. Assim, torna-se preciso pensar sobre a organização da atenção à saúde da população idosa, em particular das mulheres, grupo que costuma buscar mais os serviços de saúde (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Estas idosas possuem risco elevado para fraturas, perda da firmeza na marcha sendo decorrente ao medo de novas quedas levando o indivíduo a redução da mobilidade levando a diminuição das atividades e diminuindo a força muscular acarretando a prostração dos membros inferiores ocasionando a dependência física e o isolamento (PEREIRA; AMORIM; SOARES, 2017).

Dados recentes apontam que 60% dos idosos com comprometimentos cognitivos apresentam algum episódio de queda anualmente, em contrapartida, aqueles idosos com ausência de alterações cognitivas essa taxa de quedas cai pela metade (SANTOS ARAÚJO et al., 2020). Nesse contexto, é importante considerar que as condições de saúde de pessoas idosas estão relacionadas com a perda da sua funcionalidade, portanto, a identificação precoce desses fatores que predis põem o idoso a ter perda da funcionalidade precocemente, é um papel importante do profissional da saúde, a qual poderá usar suas ferramentas para promover intervenções necessárias (SANTOS ARAÚJO et al., 2020).

Cabe salientar, que as quedas e suas consequentes lesões representam um verdadeiro problema de saúde pública e de grande impacto socioeconômico enfrentado por diversos países, principalmente aqueles nos quais há um expressivo envelhecimento populacional, e a condição de saúde dessa parcela da população carece da criação e implementação de políticas de saúde, uma vez que em todos os casos de doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, artrite e depressão, são mais presentes entre as mulheres comparativamente aos homens (SANTOS ARAÚJO et al., 2020).

A prevenção tem vantagem de melhorar a saúde e qualidade de vida, diminuindo também a morbimortalidade. Se tratando das mulheres até os 75 anos de idade, elas tendem a sofrer quedas com um maior frequência que os homens da mesma faixa etária, a partir dessa idade a frequência de quedas se iguala. Cerca de 2,5% dos idosos que sofreram quedas irão necessitar de hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano. Esses dados relacionados às consequências de quedas em pessoas idosas, foram os principais motivos que despertaram o interesse pelo tema (BUKSMAM; BUKSMAM, 2017).

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo verificar a associação entre a capacidade cognitiva, condição de saúde e a ocorrência de quedas em mulheres idosas residentes em Guanambi, Bahia.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo transversal de caráter descritivo e exploratório. A abordagem quantitativa, para Oliveira (1997) normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e interferências a partir de amostras de uma população. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente são realizadas por pesquisadores

sociais preocupados com a atuação prática, e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2010). O presente estudo está vinculado à pesquisa “O perfil socioepidemiológico da mulher idosa de Guanambi - Bahia”, coordenada pela Professora Dra. Cinoélia Leal de Souza.

O campo de estudo foi o município de Guanambi, localizado no estado da Bahia, situado a 796 km de sua capital, Salvador, além de estar interligado a 45 km de Caetité e 43 km de Palmas de Monte Alto pela BR-030, 33 km de Pindaí pela BR-122 e 29 km de Candiba, pela BA-262, representando assim, uma forte influência nas áreas comercial. Sua população estimada pelo IBGE em 2021 é de 85.353 habitantes.

As participantes da pesquisa foram mulheres idosas residentes na cidade supracitada. O cálculo amostral ocorreu conforme amostragem probabilística simples, sem reposição. Para o cálculo amostral foi considerado o número total de mulheres do município de Guanambi (N= 40 352), atingindo a frequência esperada de mulheres idosas de 12%, precisão de 3% e nível de significância de 95%, o que resultou em 485 idosas. Considerando as perdas, acrescenta-se 20%, onde será preciso incluir 582 idosas. A partir da amostra, incluindo a perda de 32 participantes, 29 por desistência e três por óbito, no final do estudo foram incluídas 550 idosas.

Para critérios de inclusão do estudo a participante deverá ser usuária da Unidade de Saúde da Família, ter idade maior ou igual a 60 anos, que seja consciente e aceita participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Já os critérios de exclusão são: mulheres que se recusarem a participar da pesquisa, ter doença ou sequelas que impediam a realização da entrevista (déficits motores graves, auditivos ou afasia).

A coleta de dados foi realizada no cadastro das Unidades de Saúde da Família (USF) do município, e proporcional ao número de usuárias cadastradas nas unidades, após o levantamento aleatório da localização das idosas em cada área de abrangência, com o auxílio dos Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a parceria com USF, as mesmas foram abordadas em suas residências, pela equipe de coleta de dados, composta por nove coletores, estudantes do sexto ao nono semestre do curso de graduação em enfermagem, previamente treinados para aplicação dos instrumentos de coleta e na análise de dados.

Para o levantamento dos dados, foi aplicado um diagnóstico situacional, instrumento elaborado pelos pesquisadores para o levantamento das características sociodemográficas, socioeconômicas: como idade, sexo, escolaridade, renda, condições gerais de vida e saúde, ocorrência de quedas, uso de medicamentos.

Foi utilizado também o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), instrumento previamente testado e validado, com esse instrumento é possível avaliar as funções cognitivas, como: a orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do mini exame varia de 0 a 30, quanto maior, melhor é a capacidade cognitiva (BRUCKI et al., 2003).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. Já é consenso na literatura que o nível de escolaridade influencia os escores totais do MEEM, dessa forma, para análise da função cognitiva das idosas foi adotado neste estudo o ponto de corte proposto por Bertolucci et al. (1994), que foi validado para a população brasileira. Assim, a classificação seguinte foi: para idosos analfabetos, 13 pontos; para aqueles com escolaridade baixa e média, 18 pontos; para escolaridade alta, 26 pontos.

Na análise dos dados, foi realizada a caracterização da população estudada através da análise univariada utilizando os valores absolutos e relativos nas variáveis categóricas e medidas de tendência central e variância para as variáveis quantitativas. Em seguida foi realizada análise bivariada utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fischer, este último, nos casos em os valores esperados fossem menores que cinco, foi adotado p-valor de 0,05 para associações significantes.

Posteriormente, foi realizada a regressão logística, utilizando-se o método backward para seleção das variáveis, tendo como critério para permanência no modelo de regressão final as variáveis com  $p \leq 0,05$ .

Todas as fases desta pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Sempre levando em consideração os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob o protocolo CAAE: 50695415.5.0000.5578.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 551 mulheres idosas residentes do município de Guanambi, Bahia. Na análise do perfil sociodemográfico das idosas é possível observar que a maioria é considerada idosa jovem, ou seja, apresentam idade menor que 70 anos, são da raça/cor da

pele negra, com baixa escolaridade, não possuem companheiros e possuem renda de até um salário mínimo (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das mulheres idosas segundo as características sociodemográficas. Guanambi, Bahia. 2018.

| <b>Características</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|------------------------|----------|----------|
| Idade                  |          |          |
| 60 a 70 anos           | 298      | 54,2     |
| > 70 anos              | 252      | 45,8     |
| Situação conjugal      |          |          |
| Com companheiro        | 254      | 46,2     |
| Sem companheiro        | 296      | 53,8     |
| Escolaridade           |          |          |
| Analfabeto             | 216      | 39,3     |
| Até 8 anos de estudos  | 297      | 54,0     |
| > 8 anos de estudos    | 37       | 6,7      |
| Cor da pele            |          |          |
| Não negra              | 225      | 40,9     |
| Negra                  | 325      | 59,1     |
| Renda                  |          |          |
| Até 01 salário         | 213      | 38,7     |
| > 01 salário           | 338      | 61,3     |

A função cognitiva das idosas pode ser visualizada na tabela 2. Nota-se que os domínios de orientação e linguagem apresentaram maiores médias ( $\bar{X} = 8,1,8$ ;  $DP=1,8$ ) e ( $\bar{X} = 6,5$ ;  $DP=1,9$ ) respectivamente, já os domínios de memória de evocação e memória apresentaram menores médias ( $\bar{X} = 2,0$ ;  $DP=1,1$ ) e ( $\bar{X} = 2,7$ ;  $DP=0,8$ ) respectivamente.

**Tabela 2** – Descrição da função cognitiva das mulheres idosas segundo os domínios. Guanambi, Bahia. 2018.

| <b>Domínio</b>      | <b>Média</b> | <b>Desvio padrão</b> | <b>Valor mínimo</b> | <b>Valor máximo</b> |
|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Orientação          | 8,1          | 1,8                  | 0,0                 | 10                  |
| Memória             | 2,7          | 0,8                  | 0,0                 | 08                  |
| Atenção e cálculo   | 3,0          | 1,9                  | 0,0                 | 09                  |
| Memória de evocação | 2,0          | 1,1                  | 0,0                 | 06                  |
| Linguagem           | 6,5          | 1,9                  | 0,0                 | 09                  |
| Total               | 22,3         | 5,5                  | 0,0                 | 30                  |

Ao analisar as condições de saúde, grande parte das idosas exibe boa percepção da saúde (56,9%) e adequada qualidade de vida (94,0%), no entanto, cerca de 60% delas apresentam queixas de artrite e quase 80% é diagnosticada com alguma doença crônica. Em relação às doenças crônicas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melitos (DM) foram as mais prevalentes, com 62,9% e 20,3% respectivamente. Quanto aos hábitos de vida, cerca de 99% das idosas não fumavam e 100% relataram não fazer uso de bebidas alcoólicas (Tabela 3).

**Tabela 3-** Distribuição das mulheres idosas segundo as condições de saúde, Guanambi, Bahia. 2018.

| <b>Variáveis</b>   | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------|----------|----------|
| Percepção de saúde |          |          |
| Boa                | 313      | 56,9     |
| Ruim               | 237      | 43,1     |
| Quedas             |          |          |
| Sim                | 92       | 16,7     |
| Não                | 458      | 83,3     |
| Queixas            |          |          |
| Sim                | 225      | 40,9     |
| Não                | 325      | 59,1     |
| Tipo de queixas    |          |          |
| Dor                | 135      | 24,6     |
| Artrite            | 329      | 59,9     |
| Outras             | 85       | 15,5     |
| Tabagismo          |          |          |
| Sim                | 09       | 1,6      |
| Não                | 542      | 98,4     |
| Doenças            |          |          |
| Sim                | 439      | 79,7     |
| Não                | 112      | 20,3     |
| Quais doenças      |          |          |
| Hipertensão        | 276      | 62,9     |
| Diabetes           | 89       | 20,3     |
| Dislipidemia       | 13       | 3,0      |
| Osteoporose        | 09       | 2,1      |
| Outras             | 52       | 11,7     |
| Qualidade de vida  |          |          |
| Adequada           | 517      | 94,0     |
| Inadequada         | 33       | 6,0      |

Ao analisar a associação da ocorrência de quedas e as variáveis de interesse no estudo foi possível observar diferenças estatisticamente significantes, para a situação conjugal ( $p=0,033$ ), renda ( $p=0,027$ ), percepção da saúde ( $p=0,003$ ) e queixas ( $p=0,000$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Associação entre as características sociodemográficas, condições de saúde e a ocorrência de quedas em mulheres idosas. Guanambi, Bahia, 2018.

| Variáveis             | Quedas |      |     |      | P-valor |
|-----------------------|--------|------|-----|------|---------|
|                       | Sim    |      | Não |      |         |
|                       | n      | %    | n   | %    |         |
| Idade                 |        |      |     |      | 0,295*  |
| 60 a 70 anos          | 47     | 15,8 | 251 | 84,2 |         |
| > 70 anos             | 45     | 17,9 | 207 | 82,1 |         |
| Situação conjugal     |        |      |     |      | 0,033*  |
| Com companheiro       | 34     | 13,4 | 220 | 86,6 |         |
| Sem companheiro       | 58     | 19,6 | 238 | 80,4 |         |
| Escolaridade          |        |      |     |      | 0,499   |
| Analfabeto            | 41     | 19,0 | 175 | 81,0 |         |
| Até 8 anos de estudos | 46     | 15,5 | 251 | 84,5 |         |
| > 8 anos de estudos   | 05     | 13,5 | 32  | 86,5 |         |
| Cor da pele           |        |      |     |      | 0,234*  |
| Não negra             | 34     | 15,1 | 191 | 84,9 |         |
| Negra                 | 58     | 17,8 | 267 | 82,2 |         |
| Renda                 |        |      |     |      | 0,027*  |
| Até 01 salário        | 27     | 12,7 | 186 | 87,3 |         |
| > 01 salário          | 65     | 19,3 | 272 | 80,7 |         |
| Percepção de saúde    |        |      |     |      | 0,003*  |
| Boa                   | 40     | 12,8 | 273 | 87,2 |         |
| Ruim                  | 52     | 21,9 | 185 | 78,1 |         |
| Queixas               |        |      |     |      | 0,000*  |
| Sim                   | 54     | 24,0 | 171 | 76,0 |         |
| Não                   | 38     | 11,7 | 287 | 88,3 |         |
| Doenças crônicas      |        |      |     |      | 0,563   |
| Sim                   | 03     | 15,0 | 17  | 85,0 |         |
| Não                   | 89     | 16,8 | 441 | 83,2 |         |

\* Teste Exato de Fischer

A prevalência da demência entre as mulheres idosas neste estudo foi de 10,3% ( $N=57$ ), enquanto que a ocorrência de quedas entre as mulheres idosas nessa pesquisa foi de 16,7% ( $N=92$ ). Foi observada associação positiva, mas não estatisticamente significativa entre a função cognitiva e a ocorrência de quedas (RP: 1,32; IC 0,77 - 2,27), ou seja, as idosas com a função cognitiva normal apresentaram probabilidade de 32% de sofrer quedas quando comparada com as idosas com função cognitiva com demência (Tabela 5).

Na análise de regressão logística, foram retidas no modelo final apenas a variável não ter queixas (OR=0,67; IC: 0,31 – 0,84; p=0,008). Não ter queixas apresenta associação negativa com a ocorrência de quedas, ou seja, possivelmente é um fator protetores para a quedas em idosas.

**Tabela 5** - Associação entre função cognitiva e ocorrência de quedas entre idosas. Guanambi, Bahia, 2018.

| Variáveis        | Quedas |      |     |      |      |               |
|------------------|--------|------|-----|------|------|---------------|
|                  | Sim    |      | Não |      | RP   | IC            |
|                  | n      | %    | n   | %    |      |               |
| Função cognitiva |        |      |     |      |      |               |
| Demência         | 12     | 13,0 | 44  | 9,6  | 1,32 | (0,77 – 2,27) |
| Normal           | 80     | 87,0 | 414 | 90,4 |      |               |

## DISCUSSÃO

A grande importância de discutir sobre o tema surgiu quando observamos o aumento do envelhecimento da população e sobre a qualidade de vida das mulheres idosas. A queda em idosas é um evento que pode ser evitado e assim diminuir os riscos de complicações à saúde. Também observamos a existência de poucos estudos sobre o tema (LIMA; CAMPOS, 2011). Esse estudo tem importância porque a partir dele pode gerar resultados que indiquem mudanças ou elaboração de novas políticas públicas voltadas para a prevenção de quedas em idosos, pois sabemos que a saúde do idoso carece e merece uma melhor atenção.

No presente estudo, os dados predominantes foram: a faixa etária entre 60 a 70 anos, com situação conjugal sem companheiro, nível de escolaridade de até oito anos de estudos e com renda maior que um salário mínimo; quanto à raça/cor metade se declarou de cor não negra.

O índice de queda no estudo foi de 16,7 % do total de idosas entrevistadas, a grande maioria não apresenta déficit na função cognitiva, entre as idosas que afirmaram ter tido alguma queda, observamos uma maior prevalência em mulheres de cor negra, que tem uma percepção ruim de saúde, com algum tipo de queixa e doença crônica presente.

Segundo Aguiar e Assis (2009), em sua pesquisa relata que aproximadamente metade das idosas apresentavam idades entre 70 a 79 anos, tendo a média de idade 74,3 anos ( $\pm 6,7$ ),

sendo que a maioria possuía um ou mais anos de escolaridade representando respectivamente 78% do grupo que sofreu quedas. O artigo também constatou que a morbidade mais frequente em sua pesquisa foi hipertensão arterial sistêmica (65,4%) seguido por tonteira (54,3%), dor limitante (48,1%), dislipidemia (40,7%), incontinência urinária (24,7%), cardiopatia (23,5%), e diabetes (22,2%).

Em comparação com um estudo que objetivou descrever o perfil de 153 idosas que foram atendidas por queda em um serviço de emergência no sul do Brasil, 39,2 % representava a faixa etária entre 70-80 anos, 81% se declararam de cor branca e a maioria deles tinha o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Talvez por se tratar de regiões diferentes, a comparação com uma pesquisa realizado no sul do país, observamos alguns resultados diferentes, tais como uma maior faixa etária e a predominância de idosas de cor branca, quando comparado os dados relacionados a doenças crônicas em ambos estudos a maior prevalência é de hipertensão arterial sistêmica (BORBA et al., 2017).

Observando os dados de um estudo realizado no Rio de Janeiro, que descreveu o perfil de mulheres idosas segundo ocorrência de quedas, a qual teve como base de dados prontuários de um ambulatório de atendimentos a mulheres idosas, foi visto que a hipertensão foi a doença crônica mais comum. Com certa frequência, essas morbidades de características crônicas mais frequentes em idosos, evoluem com algum grau de perda da capacidade funcional, gerando uma certa dependência física (AGUIAR; ASSIS, 2009).

Outro dado importante desse mesmo estudo, foi a predominância de quedas em mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos. Comparando essas duas informações relacionadas com a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e a faixa etária com maior incidência de quedas, o nosso estudo apresentou dados semelhantes, mostrando a importância da percepção quanto a doenças crônicas presente e também quanto a faixa etária mais acometidas na questão de quedas em idosas (AGUIAR; ASSIS, 2009).

Comparando os dados da nossa pesquisa com um estudo realizado sobre a vulnerabilidade a quedas de idosas residentes em periferia de uma metrópole amazônica, no que tange à autopercepção da própria saúde, em ambos estudos a maioria das idosas afirmaram terem boas condições de saúde, nesse mesmo estudo foi observado que a hipertensão arterial sistêmica é a comorbidade mais frequente. Segundo Rey (2003), cognição é um termo que abrange funções nervosas superiores, como a linguagem, memória e as habilidades viso espaciais, sendo um processo no qual o indivíduo adquire o conhecimento, tendo a capacidade de perceber, pensar e lembrar.

Em nossa pesquisa, a maior parte das idosas demonstraram alterações relacionadas à memória, à atenção e ao cálculo. Em contrapartida, as melhores médias na avaliação da cognição foram, orientação e linguagem. De acordo com Cecchini et al. (2017) a queixa de problemas de memória é a mais comum entre os idosos, estando relacionada a problemas de função cognitiva, executiva e na velocidade de processamento das informações.

Quanto a linguagem, o processo de envelhecimento afetam de maneira direta ou indireta a habilidade de linguagem, sendo que frequentemente idosas queixam de dificuldade de memorização de nomes de pessoas e objetos, sendo que em muitos quadros há um fenômeno conhecido como "ponta de língua", onde ocorre a dificuldade de acesso lexical, dificultando a comunicação efetiva do idoso (CECCHINI et al., 2017).

Levando em consideração os dados obtidos na tabela 2, a qual o ponto de corte para pessoas alfabetizadas é de 24/25 pontos no MEEM, para aquelas idosas que possuem mais de cinco anos de escolaridade, observamos que a média total se encontra inferior à média de corte, sendo um indicativo de interferência na história de quedas das idosas (BERTOLUCCI et al., 1994).

Comparando os dados da nossa pesquisa com outros estudos, observou-se que a cognição está relacionada com maior risco de quedas, onde o déficit cognitivo está relacionado com a ocorrência de queda com impacto na marcha e na funcionalidade, onde a cognição em uma amostra de 454 idosas a qual 130 apresentavam comprometimento cognitivo, onde a prevalência de quedas chegou a 42 % (FERREIRA JÚNIOR, 2018). Já em nosso trabalho, nota-se que as idosas com função cognitiva normal possuíam 32% de chances de sofrerem quedas comparadas com as idosas com função cognitiva alteradas.

O perfil sociodemográfico das idosas é de maioria de idosas jovens, ou seja, apresentam idade menor que 70 anos, são da raça/cor da pele negra, com baixa escolaridade mas a morbidade mais prevalente foi a artrite onde cerca de 60% delas apresentavam a queixa, seguido das doenças crônicas com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) foram as mais prevalentes, com 62,9% e 20,3% respectivamente quanto aos hábitos de vida, cerca de 99% das idosas não fumavam e 100% relataram não fazer uso de bebidas alcoólicas.

Segundo Lima e Cezario (2014) existe uma controvérsia sobre a associação entre hipertensão arterial sistêmica e quedas, dado que não há estudos que encontrem associação entre as mesmas, mas existem estudos sobre a hipotensão postural causadas pelo uso de anti hipertensivos como a principal causa de quedas. Em seu trabalho ele indica que 70% de

idosos faziam uso de pelo menos um tipo de medicação antes de cair, verificando a polifarmácia em 42% deles sendo os mais utilizados anti-hipertensivos e antidiabéticos.

Comparando com nossa pesquisa, a qual a maioria das idosas são portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, existe uma grande correlação entre o uso das medicações para o tratamento dessas patologias citadas, ocasionando possíveis causas de quedas. De acordo com Aguiar e Assis (2009), em análise da tabela da ocorrência de quedas no ano anterior, segundo variáveis físico-funcionais e faixa etária, em mulheres idosas atendidas no ambulatório do NAI UNATI/UERJ, 2007, ele obteve o seguinte resultado do total das 50 participante, onde 52% das participante manifestavam com déficit cognitivo, sendo que possuíam uma média de 3,2 ( $\pm$  4,6) casos com histórico de queda no ano anterior ao contrário em 2,7 ( $\pm$  2,9 ) do grupo tiveram quedas mas não possuem distúrbios cognitivo (AGUIAR; ASSIS, 2009).

Com relação a quinta tabela demonstra-se uma razão de prevalência de quedas, sendo analisado as variáveis idosas com e sem déficit cognitivo, onde analisamos o risco de queda com o parâmetro de 1,32 nesta razão, sendo que resultados maior ou igual a um, sinaliza maior probabilidade ocorrência de evento, notou-se que as portadoras de demência possuem maior chance de vir a cair.

Pensando nas consequências que as quedas acarretam a saúde, deve-se precaver a mesma, atuando nos fatores de risco e promovendo a promoção em saúde onde a assistência à saúde a partir da atenção primária possui ferramentas bastante úteis que podem serem utilizadas através de uma equipe multiprofissional interagindo de nos risco e em programas para redução na incidência de quedas na atenção primária à saúde (BORGES; ET AL.,2013).

Segundo Borges et al. (2013) a intervenção domiciliar é meio de corrigir fatores de risco do ambiente, onde a equipe da atenção primaria devem estar situados sobre o ambiente deste idos e orientar familiares e o paciente sobre os locais que ofereçam risca a queda. Já no presente estudo a tabela da associação entre função cognitiva e ocorrência de quedas entre idosas.

Guanambi, Bahia, 2018, demonstrou que há relação entre queda e déficit cognitivo, mas não significância estatística que demonstre cunho imperativo de causa, sendo que nas idosas com estado cognitivo normal apresentaram a probabilidade 32% de queda na população índice quando comparada com as idosas com função cognitiva com demência.

Portanto, avaliar a capacidade cognitiva e a condição de saúde da população idosa é importante para rastrear fatores associados e muitas das alterações cognitivas costumam ter

evolução lenta e crônica, sendo possível planejar a assistência à saúde das mulheres idosas, para que o envelhecimento ocorra com o mínimo de dependência e com menos agravos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante o contexto do envelhecimento da população brasileira e de suas diferenças e repercussões para a saúde da pessoa idosa, sobretudo a mulher, esse estudo buscou verificar a associação entre a capacidade cognitiva, condição de saúde e a ocorrência de quedas em mulheres idosas residentes em Guanambi, Bahia.

Os resultados mostraram que a relação déficit cognitivo ao número de quedas demonstrou-se pouco significativo quando se comparado a população sem alterações cognitivas, o que nos leva a pensar que nos casos das idosas com déficit existe um maior cuidado e atenção para a prevenção de quedas, observamos também algumas variáveis que nos apresenta dados importantes como por exemplo, a baixa escolaridade e situação conjugal, ou seja, mulheres que estudaram menos e sem companheiro tiveram uma considerada chance maior de sofrer quedas. Esse fato demonstra a importância de medidas preventivas para a evolução negativa dessas afecções de saúde.

Em relação às comorbidades, mais da metade das idosas, do presente estudo, eram hipertensas e diabéticas, trata-se de doenças crônicas bastante comuns na população idosa, a qual sua prevalência aumenta progressivamente com a idade. Verificou-se que quanto maior o número de doenças crônicas, concomitantemente aumenta as chances de quedas na mulher idosa, essas morbidades deixam a mulher mais frágil, isso devido a relação com as carências nutricionais e até mesmo quanto às questões osteomusculares.

Os achados neste estudo mostram que mais da metade das mulheres possuíam problemas de artrite e 24,6% informaram ter algum tipo de dor. Estudos nacionais têm demonstrado que existe uma relação importante entre capacidade cognitiva e a ocorrência de quedas, que impacta diretamente no seu cotidiano das pessoas idosas, a literatura e afirmando a importância de atenção social e de saúde, para a mudança desse quadro visando evitar a progressão negativa da condição de saúde das mulheres idosas.

Partindo desse pressuposto, este estudo possui ressalvas ou limitações por se tratar de um estudo transversal. É importante relatar ainda que, os estudos realizados com a população idosa precisam avançar na avaliação e acompanhamento de idosos mais longevos, uma vez que, poucas vezes são alcançados nas pesquisas, e que os instrumentos são pouco específicos

para essa parcela da população idosa, o que não permite o levantamento de dados sobre as condições sociais e de saúde dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Clarissa Furtado de; ASSIS, Mônica de. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, Rio de Janeiro, ano 2009, v. 1, n. 1, p. 391-404, 1 jan. 2009

BORBA, Dalane Lopes Leal; LANGE, Celmira; LLANO, Patrícia Mirapalheta Perreira; MAAGH, Samanta; VIEGAS, Aline da costa; SANTOS, Bianca Pozza dos. Perfil das idosas atendidas por queda em um serviço de emergência. **Journal of nursing and health, Universidade Federal de Pelotas**, ano 2017, v. 7, n. 1, p. 67-77, 1 jan. 2017.

BORGES, Flávia Queiroz. **A abordagem das quedas em idosos na atenção primária à saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2013. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BERTOLUCCI, Paulo HF et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

BUKSMAM, Rodrigo; BUKSMAM, Salo. **Quedas - conceitos e abordagem.** In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. v. único, cap. 132, p. 3189-3196.

CECCHINI, Mario Amore et al. **Envelhecimento e Cognição | Memória, Funções Executivas e Linguagem.** In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. v. único, cap. 132, p. 3189-3196.

FERREIRA JÚNIOR, Ronaldo Carneiro. Alterações cognitivas e funcionais e sua relação com o risco de quedas em idosos da atenção primária. 2018. 30 f., il. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)** – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

GIACOMINI, Suellen Borelli Lima; FRON, Jack Roberto; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo - SP, ano 2020, v. 1, n. 33, p. 1-8, 21 out. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população: Brasil e unidades da federação.** Revisão 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao/?=&t=o-que-e>> Acesso em 21/09/2020.

LIMA, Daniele A., CEZARIO, Vania O. B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, ano 2014, v. 13, n. 2, p. 30-37, 1 jul. 2014.

LIMA, Rogério Silva; CAMPOS, Maria Luíza Pesse. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, ano 2011, v. 45, n. 3, p. 659-664, 1 jan. 2011.

MEDEIROS, Suzane Gomes de; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **INTERFACE Comunicação Saúde Educação**, v.19, n.52, p.109-19, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **A população na terceira idade deverá duplicar até 2050 ultrapassando 1,5 bilhão.** 2020. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/10/1728162>> Acesso em 21/05/2021.

PEREIRA, Felipe Fagundes; AMORIM, Daniel Jonathan; SOARES, Juliana Corrêa. Relação entre a função cognitiva equilíbrio, risco de quedas em idosos cidades de Santa Maria. **Anais do 9º salão internacional de ensino, pesquisa e extensão**, Santana do Livramento, ano 2017, v. 1, n. 1, p. 1-5, 23 nov. 2017.

REY, Luís - **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** 2ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003. 950p. ilustrado. ISBN 85-277-0848-5

SANTOS ARAÚJO, Rute et al. Os fatores clínicos e físicos-funcionais predizem quedas em idosos com déficit cognitivo? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Brasília, ano 2020, v. Único, n. 1, p. 1-13, 29 abr. 2020.

## ANEXOS

### ANEXO A – Declaração de autorização do uso de banco de dados.

#### DECLARAÇÃO

Declaro que o acesso e uso do arquivo e/ou registro dos dados coletados pelo projeto intitulado “perfil socioepidemiológico da mulher idosa de Guanambi-BA”, aprovado pelo CEP sob o número 50695415.5.0000.5578, está autorizado aos alunos **Igor Rafael Fonseca Dias** e **Rodrigo Alcantara Normanha**, com a finalidade de realização da pesquisa intitulada “Associação entre a capacidade cognitiva e a ocorrência de quedas em idosas do semiárido nordestino”, ficando obrigada ao sigilo sobre os dados das participantes, conforme estabelecido no TCLE utilizado no estudo.

Guanambi, 29 de maio de 2022



---

Profª Dra. Cinoélia Leal de Souza  
Coordenadora do projeto

## **ANEXO B – Instrumento de coleta de dados Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

### **Anexo 2 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

(Adaptado: Folstein, M. E. et al. **J Psychiat.** v.12, 1975, p.189-198)

#### **Orientação: 10 pontos**

##### **Identificar:**

ano/estação do ano/dia da semana

mês/dia do mês/

local/andar/bairro/cidade/estado

#### **Registro: 3 pontos**

Memorizar: "copo, mala, carro"

#### **Atenção e cálculo: 5 pontos**

Subtrair 7 de 100, e sucessivamente por 5 vezes

Soletrar "mundo" de trás para frente

#### **Memória de evocação: 3 pontos**

Repetir: "copo, mala, carro"

#### **Linguagem**

Nomear "lápis e relógio" - 2 pontos

Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá" - 1 ponto

Seguir comando em 3 etapas: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão" - 3 pontos

Seguir comando escrito: "feche os olhos" - 1 ponto

Escrever sentença com sujeito, verbo e predicado- 1 ponto

Copiar o desenho- 1 ponto



## ANEXO C – Instrumento de coleta de dados Diagnóstico Situacional.

### Anexo 1 - Diagnóstico situacional de saúde dos idosos

Número \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ UBS/USF: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ (em anos completos)  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Situação conjugal atual: ( ) vive com parceiro ( ) não vive com parceiro  
Grau de escolaridade: ( ) sem escolarização  
( ) primeiro grau ( ) completo ( ) incompleto  
( ) ensino médio ( ) completo ( ) incompleto  
( ) superior ( ) completo ( ) incompleto  
Cor: ( ) negra ( ) parda ( ) branco ( ) amarelo  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Ocupação remunerada: ( ) sim ( ) não  
Renda familiar: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_  
Habitação: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) outra  
Número de cômodos no domicílio: \_\_\_\_\_  
Número de banheiros: \_\_\_\_\_  
Aposentado? ( ) sim Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (anos completos)  
( ) não  
Número de pessoas que moram no domicílio: \_\_\_\_\_  
Tem filhos: ( ) sim ( ) não  
Se tem filhos, quantos? \_\_\_\_\_  
Mora com os filhos? ( ) sim ( ) não  
Existe cooperação dos familiares quanto a:  
a) recursos financeiros ( ) sim ( ) não  
b) tratamento medicamentoso ( ) sim ( ) não  
c) risco acidente doméstico ( ) sim ( ) não  
Considera o convívio familiar?  
( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim  
Como você avalia seu estado de saúde nos últimos 12 meses?  
( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim  
Sofreu quedas nos últimos 12 meses  
Não ( ) Sim ( ) quantas? \_\_\_\_\_  
Usa algum tipo de órtese ou prótese (marcha muleta, andador, bengala, cadeira de rodas, óculos, aparelho de audição Não ( ) Sim ( ) qual? \_\_\_\_\_  
Você apresenta alguma queixa de saúde nos últimos 12 meses?  
( ) não ( ) sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Você acredita que possui qualidade de vida?  
( ) sim ( ) não  
Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Das atividades abaixo, qual (is) você realiza? Numere da mais freqüente para a menos  
( ) leitura ( ) sempre ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca  
( ) TV ( ) sempre ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca

☐ rádio/música    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ dança/baile    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ jogos    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ parque    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ cinema    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ clube    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ teatro    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ outros . especificar \_\_\_\_\_

Hábitos:

Consome bebida alcoólica( ☐ sim número doses \_\_\_\_\_ dia/mês    ☐ não  
 Tabagismo    ☐ sim quantos cigarros/dia \_\_\_\_\_    ☐ não

Número de refeições/dia: \_\_\_\_\_

Número de copos de água/dia: \_\_\_\_\_

Atividades físicas:

☐ caminhada    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ hidroginástica    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ natação    ☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca  
☐ atividades do cotidiano escada  
☐ jogos qual? \_\_\_\_\_  
☐ sempre    ☐ às vezes    ☐ raramente    ☐ nunca

Tem alguma doença/agravo instalado? ( ☐ não    ☐ sim  
 Qual(is)? \_\_\_\_\_

Qual(is) os medicamentos utiliza, quantidade e frequência. Como obtém?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sente efeitos/reações adversos? ( ☐ não    ☐ sim,  
 quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Em relação ao uso dos medicamentos, nos últimos quatro dias você perdeu/não tomou alguma dose do medicamento?

Ontem    ☐ não    ☐ sim quantas doses: \_\_\_\_\_  
 Há dois dias atrás    ☐ não    ☐ sim quantas doses: \_\_\_\_\_  
 Há três dias atrás    ☐ não    ☐ sim quantas doses: \_\_\_\_\_  
 Há quatro dias atrás( ☐ não    ☐ sim quantas doses: \_\_\_\_\_

Motivo para não ter tomado todas as doses dos medicamentos:

☐ efeitos colaterais  
☐ dificuldade financeira  
☐ não encontrou o medicamento  
☐ outros \_\_\_\_\_

Sente melhora ao tomar o medicamento? ( ☐ sim    ☐ não    ☐ às vezes