

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Centro de Educação e Saúde  
Unidade Acadêmica de Enfermagem  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Maria Josenilda Félix Sousa Antunes

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cuité – PB  
2014

Maria Josenilda Félix Sousa Antunes

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB  
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A636a Antunes, Maria Josenilda Félix Sousa.

Avaliação do risco de quedas em idosos assistidos na estratégia saúde da família. / Maria Josenilda Félix Sousa Antunes. – Cuité: CES, 2014.

79 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Idosos. 2. Fatores de risco. 3. Idosos - queda. I. Título.

CDU 613.98

Maria Josenilda Félix Sousa Antunes

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Banca examinadora:**

---

**Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Orientador – UFCG

---

**Profa. MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro**  
Membro – UFCG

---

**Profa. MsC. Bernadete de Lourdes André Gouveia**  
Membro – UFCG

Cuité – PB, 10 de setembro de 2014.

Dedico este trabalho Àquele que me enviou, ensinou e me sustentou em espírito e em verdade. Sei que esta conquista não é minha, mas Dele para mim. Daria para escrever um livro de como tudo isso aconteceu, de como os seus desígnios não falham, pelo contrário, se consolidam no tempo certo, da forma certa.

A minha família pelo amor, apoio, compreensão, incentivo para realização de um sonho.

Aos idosos que colaboraram com minha pesquisa e que foram a fonte de inspiração para realização deste.

Ao meu orientador pelo apoio, confiança e oportunidade de conhecer e me dedicar pelo trabalho voltado à saúde do idoso.

Obrigado meu Pai! Hoje sei que levarei para sempre este ensinamento maior, o de confiar e amar a ti de todo coração.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização desse trabalho é um marco em minha vida e a partir deste momento começa uma nova etapa de descobertas e conquistas. Foi muito difícil o percurso até aqui, mas a graça de chegar a este momento tão relevante se deve ao imenso amor e dedicação dos meus Pais, e é por eles que tive forças nos momentos mais difíceis.

Agradeço inicialmente a Deus, meu guia, protetor, por ter me dado a vida e iluminar-me em todos os caminhos em que sigo.

A todos os idosos, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, pelo apoio e confiança.

Aos meus Pais, Herminegildo Cesário de Sousa e Terezinha Félix de Sousa, e à minha filha Ana Carolina, pelo incentivo e presença diária em minha vida, por me acompanharem desde sempre e por serem exemplos a seguir. Anjos da minha vida, amo vocês. Obrigada por tudo!

Ao meu Orientador Matheus Nogueira pela paciência, sabedoria, gentileza e orientação criteriosa. Sua determinação e forma de trabalho me inspira. Obrigado por me apoiar e estimular nos momentos mais difíceis dessa jornada. Sinto-me honrada e agraciada por DEUS por tê-lo como Mestre e Orientador.

Às professoras da banca examinadora, Janaína von Söhsten Trigueiro e Bernadete de Lourdes André Gouveia, que participaram da minha formação acadêmica, e se dispuseram a participar da banca e colaborar no seu aperfeiçoamento.

A todos os professores que tive ao longo da minha graduação, pelos ensinamentos, pela troca de experiências de trabalho, de vida e de tantas outras vivências profissionais.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta tiveram influência neste percurso de investigação e crescimento.

Muito obrigada a todos!

“Quando se tem uma meta, o que era um obstáculo passa a ser uma das etapas do plano”.

Gerhard Eeich Boehme

## RESUMO

O acelerado processo de envelhecimento populacional e a elevada prevalência de quedas em idosos são fenômenos presentes no Brasil, exigindo, portanto, o desenvolvimento de estudos e de rearranjos sociais que vislumbrem uma abordagem qualificada na atenção à saúde desta população. Considerando a grande carga de morbidade associada aos eventos de queda em idosos reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como grave problema de saúde pública e que a atenção primária dispõe de instrumentos qualificados para a sua prevenção, objetivou-se nesta investigação avaliar o risco de quedas em idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB. Consta de um estudo observacional descritivo de desenho quantitativo, com amostra constituída por 132 idosos. Foi aplicado um questionário junto aos participantes e os resultados foram analisados estatisticamente, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas. Os resultados demonstram que a maior parte dos participantes é do sexo feminino, com faixa etária entre 70 e 79 anos, não alfabetizada, casada, com renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos e tem como cuidador o cônjuge e/ou filhos. Quanto à exposição aos fatores de riscos, os mais significativos foram tontura/vertigem (77,3%), pisos irregulares (94,7%), degraus/desníveis no piso (85,6%) e banheiro sem apoio/barra (99,2%). Com relação à frequência de quedas, 51,5% sofreram queda da própria altura. Dentre as 72 hipóteses testadas, houve associação estatística entre ocorrência anterior de quedas e doença venosa periférica ( $p=0,009$ ), obesidade ( $p=0,016$ ) osteoporose ( $p=0,007$ ), consumo de bebida alcoólica ( $p=0,000$ ), uso de medicamentos ( $p=0,027/p=0,000$ ) e calçados inadequados ( $p=0,000$ ). Diante disso, é evidente o elevado risco de queda em idosos, suscitando a necessidade de garantir-lhes um ambiente seguro, sobretudo em seu domicílio. A educação em saúde deve ser utilizada como ferramenta cotidiana no trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família, proporcionando orientações sobre prevenção de quedas ao idoso, à família e ao cuidador.

**Descritores:** Idosos. Fatores de risco. Queda.



## ABSTRACT

The accelerated process of population aging and the high prevalence of falls in the elderly are phenomena present in Brazil, thus requiring the development of studies and social rearrangements that envisage a qualified health care approach in this population. Considering the large burden of morbidity associated to the falls in elderly recognized by the World Health Organization as a serious public health problem and that primary care has qualified for its prevention tools, this research aimed to assess the risk of falls in elderly people registered and monitored in the Family Health Strategy the city of Cuité - PB. Consists of an exploratory and descriptive study of quantitative design, with sample of 132 older adults. We used a questionnaire with the participants and the results were statistically analyzed with the chi-square test used to assess the association between categorical variables. The results show that most of the participants are female, aged in 70 to 79 years, illiterate, married, with a household income between 2 ou 3 minimum wages as a caregiver their husband and/or children. Regarding exposure to risk factors, the most significant were dizziness/vertigo (77,3%), uneven floors (94,7%), steps/gaps in the floor (85,6%) and bathroom without support/bar (99,2%). With regard to the frequency of falls, 51,5% suffered falls from their own height. Among the 72 cases tested, there was statistical association between previous falls and peripheral venous disease ( $p=0,009$ ), obesity ( $p=0,016$ ) osteoporosis ( $p=0,007$ ), alcohol consumption ( $p=0,000$ ), use of medicines ( $p=0,027/p=0.000$ ) and inappropriate footwear ( $p=0.000$ ). Therefore, it is evident the high risk of falls in the elderly, raising the need to guarantee them a safe environment, especially in their home. Health education should be used as a daily tool in nursing work of the family health strategy, providing guidance on fall prevention for the elderly, the family and the caregiver.

**Descriptors:** Elderly. Risk factors. Fall.

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> - Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Cuité - PB (n=132) .....  | 42 |
| <b>Tabela 2</b> - Descrição da exposição a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB (n=132) .....      | 50 |
| <b>Tabela 3</b> - Local de ocorrência da queda de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB (n=132) .....   | 52 |
| <b>Tabela 4</b> - Associação entre local de ocorrência anterior de quedas e problemas de saúde autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=132) .....      | 53 |
| <b>Tabela 5</b> - Associação entre local de ocorrência anterior de quedas e fatores comportamentais autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=132) ..... | 56 |

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVD – Atividades de vida diária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde da Família

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>1.1</b> | <b>Objetivos</b> .....   | <b>15</b> |
| 1.1.1      | <i>Objetivo Geral</i> .....  | 15        |
| 1.1.2      | <i>Objetivos Específicos</i> .....   | 15        |
| <b>2</b>   | <b>HIPÓTESES</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>3</b>   | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Processo de envelhecimento</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Quedas em idosos: aspectos conceituais, fatores de risco e estratégias de prevenção</b> ..... | <b>27</b> |
| <b>3.3</b> | <b>Atenção Integral à Saúde do Idoso: políticas, programas e o cuidado de enfermagem</b> .....   | <b>30</b> |
| <b>4</b>   | <b>METODOLOGIA</b> .....   | <b>35</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Tipo de estudo</b> .....  | <b>36</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Local do estudo</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>4.3</b> | <b>População e Amostra</b> .....   | <b>37</b> |
| <b>4.4</b> | <b>Instrumento de Coleta de Dados</b> .....  | <b>37</b> |
| <b>4.5</b> | <b>Procedimentos para Coleta de Dados</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Análise dos Dados</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>4.7</b> | <b>Aspectos Éticos</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>5</b>   | <b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....  | <b>41</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica</b> .....                                | <b>42</b> |
| <b>5.2</b> | <b>Dados relativos à avaliação do risco de quedas em idosos</b> .....                            | <b>49</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>59</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>62</b> |

### APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

Apêndice D – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

### ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

# 1 Introdução

---

O envelhecimento é um processo no qual ocorrem diversas modificações. Sejam morfológicas ou funcionais, as alterações orgânicas conduzem o indivíduo à perda da capacidade de adaptação ao ciclo natural da vida, vulnerabilizando-o ao adoecimento, o que caracteriza o envelhecimento patológico. Em contraponto, o envelhecimento fisiológico compreende alterações nas funções orgânicas e mentais decorrentes dos efeitos do avançar da idade, levando à perda da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático e ao declínio de ambas as funções (RIZZOLLI; SURDI, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idoso aquele com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e a partir dos 65 em países desenvolvidos. Esta diferença de cinco anos é marca das restrições no nível de desenvolvimento fortemente influenciado por fatores econômicos, culturais e sociais (OMS, 2012).

De modo geral, o processo de envelhecimento vem sendo marcado pela transição demográfica, fenômeno este decorrente, principalmente, da redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida, levando à alterações na saúde do idoso e conseqüentemente comprometendo suas funções fisiológicas, imunológicas e sensoriais. Nessa perspectiva, embora ainda apresente hodiernamente um contingente menor, a proporção da população com mais idade, cresce em ritmo acelerado (FARIAS; SANTOS, 2012). Como resultado desse processo de transição, a participação de pessoas com 60 anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 e, segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), será de 17% em 2030 e de 22% em 2050 (ONU, 2011).

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) apontam para aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira em 2025. Do ponto de vista da saúde, essa mudança na pirâmide etária está diretamente relacionada à transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de morbimortalidade antes marcado pela prevalência de doenças transmissíveis, para o predomínio das doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e as neoplasias. Ademais, um dos agravos à saúde que também vem se mostrando evidente e com grande carga de morbidade devido à explosão demográfica de idosos são as quedas, reconhecidas pela OMS como um problema de saúde pública (RODRIGUES, 2011).

Segundo Rezende (2012), o episódio de queda pode ser conceituado como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, ocasionado por situações multifatoriais que afetam

a estabilidade. Nesta linha de raciocínio, o Ministério da Saúde reforça que a ocorrência de quedas em pessoas idosas constitui um dos principais problemas clínicos e de saúde pública, uma vez que além da elevada prevalência de fraturas, geram outras consequências como a redução da qualidade de vida, o medo de andar, complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais, associando-se à redução da capacidade funcional e institucionalização precoce (BRASIL, 2010).

Alguns fatores colaboram para a existência do risco de quedas e estes se dividem em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão associados a modificações fisiológicas voltadas para o processo de envelhecimento, como a capacidade funcional, uso de polifarmácia, depressão, idade avançada, várias doenças crônicas, redução cognitiva, comprometimento visual, labirintite, sedentarismo e sexo feminino; já os extrínsecos estão mais relacionados com os riscos ambientais, iluminação inadequada, interruptores inacessíveis, ausência de corrimão nas escadas, piso escorregadio, tapetes, objetos desordenados ou degraus inadequados (ROCHA, 2011).

Reconhecendo os possíveis fatores causais e os impactos que as quedas podem provocar na saúde e na vida daqueles que caem, na população idosa a problemática é ainda mais grave. Além de uma maior propensão, o idoso também possui menor defesa ao cair, tanto pelas limitações na movimentação quanto pela redução dos reflexos e acuidade dos sentidos, perda do equilíbrio postural, doença neurológica e inadequação do ambiente (PARREIRA et al., 2010). Em face deste cenário, associado à diversos outros problemas de saúde prevalentes no idoso, o Ministério da Saúde, por meio do pacto pela vida, incluiu em 2006 o idoso como prioridade na agenda de atenção à saúde no país (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída pela Portaria GM/MS nº 2.528 de 2006, visa a garantia de atenção adequada para os idosos, com o objetivo de proporcionar um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, autonomia e mantendo a qualidade de vida. Ademais, as diretrizes norteadoras desta política enfatizam entre as ações do setor saúde, a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral a saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais com vistas à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; e o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa (FERNANDES; SOARES, 2012).

Complementando o raciocínio anterior, Rodrigues (2011) aponta que qualquer política designada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de

autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação. Dessa forma, a atenção ao idoso também deve considerar as situações de quedas e traumas, visto que, além dos agravos decorrentes desse incidente, somados às doenças degenerativas, comuns nessa faixa etária, comprometem a recuperação e a reinserção dos idosos na comunidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), dessa forma, configura-se como um espaço relevante para ampliar a rede de cuidados prestados ao idoso adscritos, assim como desenvolver ações para avaliar os fatores que predisõem o idoso a quedas. Logo, a equipe de saúde da família, em particular o enfermeiro, deve traçar medidas efetivas para a prevenção de quedas, o que envolve inicialmente, o incentivo para alterações do estilo de vida e ambientais e a execução de ações de avaliação de risco de queda. Para a execução de tais medidas, cabe à equipe delinear prioridades de atenção à saúde do idoso, implementando ações que visem à integralidade do cuidado (ALVARENGA et al., 2011).

Diante de tais abordagens, justifica-se a necessidade de avaliar os riscos e a ocorrência de quedas em idosos assistidos na ESF, uma vez que acredita-se que a partir do conhecimento dos fatores de risco para queda em idosos, possam ser sugeridas, implementadas e desenvolvidas táticas de enfrentamento dessa realidade. Isso tornará possível o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde, prevenção de agravos, intervenções multidisciplinares, todas focalizadas no prolongamento da vida do idoso com qualidade e sem quedas. Não obstante, a partir de estudos desta natureza, torna-se possível identificar as falhas ou entraves que estejam comprometendo a construção de uma prática integral voltada para este segmento populacional.

A ideia para a estruturação deste estudo surgiu durante as vivências no Curso de Bacharelado em Enfermagem, especificamente na disciplina Saúde do Idoso, vislumbrando a necessidade de reconhecer os riscos de quedas aos quais os idosos estão expostos e idealizando uma vida profissional futura no campo da enfermagem com conhecimentos compatíveis e adequados às reais necessidades de cuidado ao idoso, contribuindo assim para o desenvolvimento de estratégias que potencializem um envelhecimento saudável.

Frente ao exposto, surgiram os seguintes questionamentos: Quais os riscos de quedas que os idosos do município de Cuité estão expostos? Qual a frequência de quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da família no Município de Cuité? Quais as causas mais comuns dessas quedas? Nesse contexto, o presente trabalho será desenvolvido para atender aos objetivos descritos a seguir.



## **1.1 Objetivos**

### *1.1.1 Objetivo Geral*

- Avaliar o risco de quedas em idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB.

### *1.1.2 Objetivos Específicos*

- Descrever as características pessoais, socioeconômicas e demográficas dos idosos participantes do estudo;
- Verificar a frequência de quedas em idosos;
- Identificar a prevalência de fatores de risco para quedas no ambiente de vivência dos idosos.

2 Hipóteses

---

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e osteoartrite  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e osteoartrite

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e audição prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e audição prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e diabetes mellitus  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e diabetes mellitus

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e doença cardíaca  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e doença cardíaca

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e doença vascular periférica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e doença vascular periférica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e doença neurológica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e doença neurológica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e hipertensão arterial sistêmica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e hipertensão arterial sistêmica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e incontinência urinária  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e incontinência urinária

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e obesidade  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e obesidade

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e osteoporose  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e osteoporose

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e visão prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e visão prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e anemia  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e anemia

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e depressão  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e depressão

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e osteoartrite  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e osteoartrite

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e audição prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e audição prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e diabetes mellitus  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e diabetes mellitus

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e doença cardíaca

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e doença cardíaca

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e doença vascular periférica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e doença vascular periférica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e doença neurológica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e doença neurológica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e hipertensão arterial sistêmica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e hipertensão arterial sistêmica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e incontinência urinária

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e incontinência urinária

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e obesidade

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e obesidade

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e osteoporose

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e osteoporose

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e visão prejudicada

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e visão prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e anemia

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e anemia

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e depressão

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e depressão

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e osteoartrite

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e osteoartrite

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e audição prejudicada

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e audição prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e diabetes mellitus

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e diabetes mellitus

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e doença cardíaca

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e doença cardíaca

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e doença vascular periférica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e doença vascular periférica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e doença neurológica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e doença neurológica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e hipertensão arterial sistêmica

$H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e hipertensão arterial sistêmica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e incontinência urinária  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e incontinência urinária

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e obesidade  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e obesidade

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e osteoporose  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e osteoporose

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e visão prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e visão prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e anemia  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e anemia

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e depressão  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e depressão

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e osteoartrite  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e osteoartrite

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e audição prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e audição prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e diabetes mellitus  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e diabetes mellitus

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e doença cardíaca  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e doença cardíaca

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e doença vascular periférica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e doença vascular periférica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e doença neurológica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e doença neurológica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e hipertensão arterial sistêmica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e hipertensão arterial sistêmica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e incontinência urinária  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e incontinência urinária

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e obesidade  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e obesidade

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e osteoporose  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e osteoporose

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e visão prejudicada  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e visão prejudicada

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e anemia  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e anemia

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e depressão  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e depressão

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e consumo de bebida alcoólica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e consumo de bebida alcoólica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e uso de medicamento  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e uso de medicamento

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e uso de roupas longas  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e uso de roupas longas

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e uso de calçados inadequados  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e uso de calçados inadequados

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cama e uso de acessórios de apoio  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cama e uso de acessórios de apoio

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e consumo de bebida alcoólica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e consumo de bebida alcoólica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e uso de medicamento  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e uso de medicamento

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e uso de roupas longas  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e uso de roupas longas

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e uso de calçados inadequados  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e uso de calçados inadequados

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da cadeira e uso de acessórios de apoio  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da cadeira e uso de acessórios de apoio

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e consumo de bebida alcoólica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e consumo de bebida alcoólica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e uso de medicamento  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e uso de medicamento

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e uso de roupas longas  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e uso de roupas longas

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e uso de calçados inadequados  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e uso de calçados inadequados

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da própria altura e uso de acessórios de apoio  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da própria altura e uso de acessórios de apoio

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e consumo de bebida alcoólica  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e consumo de bebida alcoólica

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e uso de medicamento  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e uso de medicamento

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e uso de roupas longas  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e uso de roupas longas

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e uso de calçados inadequados  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e uso de calçados inadequados

$H_0$ = Não há associação entre queda anterior da escada e uso de acessórios de apoio  
 $H_1$ = Há associação entre queda anterior da escada e uso de acessórios de apoio

## 3 Revisão da Literatura

---



### 3.1 Processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo no qual ocorrem várias mudanças, tanto morfológicas quanto funcionais, que fazem o indivíduo perder sua capacidade de adaptação ao ciclo natural da vida, ficando mais vulnerável a processos patológicos. É caracterizado por um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais, passando desde a concepção até a morte e compondo o desenvolvimento humano. Entretanto, possui características próprias e por ser multideterminado, o envelhecimento pode ser analisado por diversas perspectivas, como a biológica, psicológica, social, econômica, funcional e cronológica (AMENDOLA, 2012). Portanto, os idosos podem ser um grupo vulnerável por sua própria condição resultante do seu ciclo vital. Contudo, apesar de o ser humano ser biopsicossocialmente vulnerável, é possível aos indivíduos tomar consciência dessa vulnerabilidade, refletir sobre ela e desenvolver referências e formas de apoio para lidar da melhor forma possível com essa possibilidade.

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais, devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo. Tais alterações provocam a perda do equilíbrio homeostático e todas as funções fisiológicas começam a declinar, sobretudo a diminuição progressiva da reserva funcional. As modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio-ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte. Na realidade, essas alterações podem ser fisiológicas (senescência) ou patológicas (FREITAS, 2010).

Na composição e forma do corpo, a estatura começa diminuir a partir dos 40 anos cerca de 1 cm por década. Essa perda se deve à diminuição da coluna vertebral devido a alterações nos discos intervertebrais. A pele se torna seca, por diminuição das glândulas sebáceas e espessadas, com as papilas dérmicas menos profunda, levando a menor junção entre a epiderme e a derme, facilitando a formação de bolhas e predispondo a lesões. Na derme do indivíduo idoso observa-se menor quantidade de fibras elásticas e colágenas levando a perda da resiliência e a formação de rugas, diminuição da vascularização justificando a palidez e a redução da temperatura da pele aumentando a frequência de dermatites (RODRIGUES; NERI, 2012).

Nos fâneros há uma diminuição das glândulas sudoríparas somadas à redução dos vasos sanguíneos da derme, assim como da espessura do tecido celular subcutâneo dificultando a termorregulação. O crescimento longitudinal das unhas diminui, elas tornam-se mais quebradiças e frágeis. Enquanto a força muscular é máxima por volta dos 25 a 30 anos. A partir disso, tem um declínio constante e universal. Entretanto, a força muscular do diafragma sofre pouca alteração, enquanto a força da musculatura da panturrilha reduz significativamente ao longo dos anos (FREITAS, 2011).

Mendonça, Squassoni e Zanni (2010) compreendem, por sua vez, que no envelhecimento há grandes modificações tanto na arquitetura, quanto na função pulmonar. Os pulmões tornam-se mais volumosos, os ductos e bronquíolos se alargam e os alvéolos se tornam flácidos com perda do tecido septal. A consequência é o aumento de ar nos ductos alveolares e redução do ar alveolar com piora de ventilação e perfusão. Entretanto, não há interferência na capacidade pulmonar total. As alterações fisiológicas na senescência no pulmão do idoso podem ser ocasionadas pelas combinações entre alterações anatômicas e a reorientações das fibras elásticas. Essas modificações fisiológicas são definidas pela diminuição da elasticidade pulmonar, redução da capacidade da difusão do oxigênio, redução dos fluxos expiratórios, elevação da complacência pulmonar.

Segundo Nicolussi et al. (2012), o envelhecimento compromete severamente algumas partes do sistema cardiovascular, enquanto outras são mantidas sem alterações. Na estrutura cardíaca ocorre hipertrofia do ventrículo esquerdo, provocando aumento da pressão arterial dependente da idade. Também observa-se aumento na espessura das fibras colágenas presentes no miocárdio. Afirma, ainda, que na estrutura arterial o aumento da rigidez da parede da artéria é um fenômeno universal e contribui para muitas alterações do sistema cardiovascular. Essa perda de elasticidade nas paredes arteriais (e sua maior rigidez) representa comumente uma condição descrita como arteriosclerose. Esta, por sua vez, é causada por um aumento nas calcificações das artérias e pelo surgimento de colágeno.

Com o envelhecimento, o sistema nervoso apresenta alterações com redução no número de neurônios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações. A perda neuronal está limitada a algumas áreas. No idoso, sem déficits aparentes, no córtex e no cerebelo o número de células permanece o mesmo ao longo da vida. Além das modificações do sistema nervoso central (SNC), há também alterações dos nervos periféricos e da musculatura. As células do corno anterior da medula diminuem e ocorre

redução da mielina dos nervos sensoriais. As consequências dessas mudanças incluem perda da sensação vibratória, do tato e da dor, assim como a disfunção autonômica, a qual afeta a reatividade pupilar, a regulação da temperatura corporal e o controle vascular cardíaco e periférico (KIKUCHI; FILHO, 2011).

No sistema gastrointestinal, a digestão dos alimentos é menos influenciada pelas alterações relacionadas à idade que pelo risco de nutrição deficiente. Entretanto, as modificações fisiológicas do envelhecimento que comprometem as necessidades nutricionais do idoso são: redução do olfato e paladar, devida à redução nos botões e papilas gustativas sobre a língua; aumento da necessidade proteica; redução da biodisponibilidade de vitamina D; deficiência na absorção da vitamina B6; redução da acidez gástrica com alterações na absorção de ferro, cálcio, ácido fólico, B12 e zinco; xerostomia; dificuldade no preparo e ingestão dos alimentos; motilidade gastrointestinal reduzida; tendência à diminuição da tolerância à glicose; atividade da amilase salivar reduzida; redução da atividade de enzimas proteolíticas como a amilase e a lipase pancreáticas; redução do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular (PARREIRA et al., 2010).

O sistema geniturinário tem um funcionamento de maneira adequado nos idosos, embora exista um declínio na massa renal, principalmente por causa de uma perda de néfrons. As alterações na função renal variam muito, aproximadamente um terço dos idosos não apresentam modificações na função do mesmo. Portanto, estas transformações na função renal podem ser uma combinação do envelhecimento e condições patológicas. As mudanças mais comumente observadas incluem: taxa de filtração diminuída, função tubular reduzida com menor eficiência na reabsorção e concentração de urina, e uma restauração mais lenta do equilíbrio acidobásico em resposta ao estresse (SMELTZER; BARE, 2010).

As alterações fisiológicas possuem um efeito acumulativo e gradativamente vão diminuindo a reserva funcional do indivíduo comprometendo sua capacidade de adaptação às modificações do meio interno ou externo. As mesmas têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Isto significa dizer que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de estresse físico ou emocional, pode apresentar dificuldades em manter sua homeostase, manifestando assim sobrecarga funcional que pode culminar em processos patológicos. Assim, de totalmente independentes podem passar muito rapidamente para uma condição de parcial ou completamente dependentes, em virtude da dificuldade de adaptação homeostática frente à velocidade de perda de reserva funcional. A adequada

assistência aos idosos baseia-se na capacidade técnica de avaliação correta da problemática instalada e de intervenções precoces e eficientes e também na premissa de que o idoso é, em princípio, competente para se cuidar e, portanto, autônomo em suas decisões, seja ou não independente para realizá-las (LIMA et al., 2010).

Nessa lógica, a compreensão das alterações decorrentes do envelhecimento é essencial para evitar equívocos assistenciais quando sinais e sintomas próprios da senescência são equivocadamente atribuídos a doenças, determinando a realização de exames e tratamentos desnecessários. Envelhecer independentemente da presença de doenças crônicas é uma realidade atual que precisa ser vista pela equipe de saúde que lida com este segmento populacional. Não se pode generalizar ou associar as doenças ou suas fragilidades, pois mesmo com doença crônica a pessoa idosa pode gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma ativa, criativa e independente. A velhice deve ser compreendida em toda sua amplitude e totalidade, uma vez que é um fenômeno biológico, universal, com consequências psicológicas e sociais (MORAES, 2012).

Em contraponto, estudos revelam que doenças crônicas bem como suas incapacidades não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Cotidianamente os idosos convivem com receio da violência, falta de assistência médica e de hospitais, e escassas formas de lazer. Os fatos e as evidências apontam mudanças urgentes no cuidado para este segmento populacional, os modelos vigentes se mostram ineficientes e de altos custos. Dessa forma, tornam-se necessários novos métodos de planejamento assistencial, pois a prestação do cuidado reivindica estruturas criativas e inovadoras, apresentando propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir da longevidade (MORAES, 2010).

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado e modulado por condicionantes biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos, as exatidões de saúde dos idosos referem-se a múltiplas dimensões do real e dizem respeito à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias. Apesar dessas colocações, na sociedade ocidental a preocupação com o envelhecimento das populações e suas consequências psicológicas, sociais e econômicas é recente e a atenção tem sido orientada e limitada a certos auxílios às necessidades biológicas de alimentação, saúde física e asilo (MENDONÇA; SQUASSONI; ZANNI, 2010). Diante disso, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais

avançadas com o melhor estado de saúde possível, vivendo ativamente e com qualidade (MARIN et al., 2010).

Desse modo, o envelhecimento populacional pode ser considerado atualmente uma importante questão de saúde pública e assistencial, especialmente por ser um processo influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa idosa. Assim, é imprescindível que o processo de envelhecimento e a velhice sejam analisados sob uma perspectiva abrangente, que permita a produção de conhecimento mais eficiente em termos de gerar oportunidades de atenção aos idosos, disponibilizando acessos e formas de engajamento significativo (MAIA, 2011). De acordo com o mesmo autor, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

Ademais, a OMS (2012) recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento considerem os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais. Dessa forma, a organização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa figura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem que enfrentar o mais rápido possível. Diante desse contexto, a assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, e reabilitação do seu estado de saúde.

### **3.2 Quedas em idosos: aspectos conceituais, fatores de risco e estratégias de prevenção**

Com o aumento da expectativa de vida entre os variados grupos populacionais tem ocorrido uma modificação no perfil demográfico e de morbimortalidade, o que resulta em envelhecimento da população, e como consequência gera um aumento proporcional das doenças crônico-degenerativas (VARA, 2012). Segundo o autor, com passar dos anos as pessoas ficam mais vulneráveis a situações que podem levar à perda de autonomia e independência. O episódio de queda, portanto, revela-se como uma significativa condição que pode levar a tais consequências.

Diante desse entendimento, a queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, apontado por circunstâncias multifatoriais que afetam a estabilidade do idoso. As mesmas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, complicações para a saúde e altos gastos assistenciais. Entre suas implicações, pode ser referida a perda da autonomia e da independência do idoso, fraturas, imobilidade, restrição de atividades, aumento do risco de institucionalização, declínio da saúde, prejuízos psicológicos, como o medo de sofrer novas quedas, redução da qualidade de vida, perda da capacidade de realizar atividade de vida diária, risco de morte, além de prejuízos sociais relacionados à família (TOLEDO; BARELA, 2010).

Freitas (2011) refere que a incidência de quedas por faixa etária é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos e 32% a 42% naqueles com mais de 75 anos. Em estudos realizados em anos anteriores, cerca de 31% dos idosos disseram ter caído no ano precedente ao inquérito e 11% afirmaram ter sofrido duas ou mais quedas. Alguns estudos prospectivos indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas. Aproximadamente 40% a 60% destes episódios levam a algum tipo de lesão, sendo 30% a 50% de menor gravidade, 5% a 6% injúrias mais graves (não incluindo fraturas) e 5% de fraturas. Destas, as mais comuns são as vertebrais, em fêmur, úmero, rádio distal e costelas. Os idosos mais saudáveis caem menos, cerca de 15% em um ano, comparativamente aos asilados, cujo percentual sobe até 50%. Entre 20% e 30% dos idosos que sofreram alguma lesão apresentarão redução da mobilidade, da independência, e aumento do risco de morte prematura.

Recentemente estudos demonstram que houve um acréscimo não apenas no número de quedas entre os idosos, mas também as consequências das mesmas - lesões induzidas e óbitos - aumentaram significativamente. Não obstante, o temor de novas quedas é tão prevalente quanto as mesmas, ocorrendo em 30% a 73% dos idosos. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança pode resultar em piora do declínio funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Após a queda, o idoso pode restringir sua atividade por receio, pela dor ou pela própria incapacidade funcional (SAMARITANO, 2013).

A etiologia da queda na população idosa, por sua vez, está relacionada principalmente ao ambiente, adinamia, distúrbios de equilíbrio e marcha, vertigem, alteração postural, síncope e acuidade visual reduzida. Com base nessa assertiva, compreende-se que a ocorrência da queda advém de fatores múltiplos, os quais podem ser agrupados em intrínsecos

e extrínsecos. Entre os primeiros, encontram-se as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa, condições patológicas e efeitos adversos de medicações; ou uso concomitante de medicamentos. Entre os fatores extrínsecos, destacam-se os perigos ambientais e calçados inadequados. A maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interação complexa entre estes fatores, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio (TOLEDO; BARELA, 2010).

Complementando o raciocínio anterior, Pinheiro et al. (2010) destacam que os principais fatores de risco para quedas em idosos são: idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, história prévia de quedas, prejuízos psico-cognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional, hipotensão postural e acuidade visual diminuída. O risco de cair pode crescer com o acúmulo desses fatores, sugerindo que as quedas sejam resultado de um efeito acumulado de múltiplas debilidades. Isso pode variar de grupo para grupo, sendo importante conhecer as peculiaridades dos idosos com que se lida, a fim de se definirem estratégias que possam contribuir com a diminuição do risco.

Com base no exposto, verifica-se o quanto são variados os fatores que colaboram para a ocorrência da queda e o quanto é elevado o número de idosos que caem e que mudam radicalmente sua vida cotidiana, tanto pela queda em si, como pelo temor de uma nova ocorrência. Restrição das atividades, maior isolamento social, declínio na saúde e aumento do risco de institucionalização, são alguns exemplos do impacto causado à vida da pessoa idosa após um episódio de queda.

Diante desse contexto, a prevenção da queda é de importância ímpar pelo seu potencial de reduzir a morbidade e a mortalidade, os custos hospitalares e a institucionalização consequente. A queda em idoso representa relevante problema de saúde pública pelos prejuízos e morbidade relacionada e o passo fundamental para minimizar a ocorrência das mesmas são o reconhecimento e a correção dos fatores envolvidos na sua ocorrência. Como evento multifatorial, deve ter seu foco de prevenção no ambiente seguro e nos hábitos e atitudes do idoso que podem representar risco. Desta forma, a autonomia, a capacidade funcional e a independência são aspectos importantes a serem analisados na determinação das quedas (BIAZUS; BALBINOT; WIBELINGER, 2010).

Os autores anteriormente mencionados acrescentam ainda que medidas de prevenção e promoção de saúde são importantes instrumentos para diminuir a ocorrência desses eventos e minimizar as complicações secundárias. A mesma é essencial para avaliar o ambiente onde o

idoso reside, o qual deve ser um local seguro, funcional, confortável e compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Desta forma, o reduto doméstico do idoso requer boa ventilação; temperatura ambiente agradável, iluminação que possibilite a ampliação da visibilidade, sendo, o mais adequado, a instalação de várias fontes de luz fluorescentes; na medida do possível, livre de ruídos do tráfego, do motor de aparelhos, do vazamento de torneiras, ou de outros sons estressores e desagradáveis; mobiliário acolhedor e funcional, com cadeiras firmes, de apoio para os braços e adequada sustentação.

Para que as medidas preventivas sejam efetivamente adotadas é necessária a colocação de pisos antiderrapantes; assoalhos livres de substâncias escorregadias, preferir rampas ao invés de escadas; evitar tapetes; e organizar os móveis para a passagem livre dos idosos. É relevante estimular a deambulação, mesmo que o idoso necessite de andadores, bengalas e dispositivos auxiliares. A influência das cores na vida das pessoas idosas é muito significativa. Desta forma, quartos de dormir nas cores verdes ou azuis podem ser adequados, pois são tonalidades relaxantes e que proporcionam bem estar. As orientações direcionadas a um domicílio seguro vão contribuir para a prevenção de quedas e, por conseguinte, ocorrência de fratura (BORGES; MARINHO; MASCARENHA, 2010).

Assim, ao considerar o crescente aumento da população idosa em todo o mundo, demonstrado em dados demográficos, evidenciam-se para os órgãos governamentais e para a sociedade constantes desafios, principalmente, no que se refere à área da saúde e aos aspectos socioeconômicos, próprios do envelhecimento populacional. Este fato, por sua vez, demanda uma atenção prioritária, integral e de qualidade desenvolvida a partir de políticas, programas e estratégias de saúde pública.

### **3.3 Atenção Integral à Saúde do Idoso: políticas, programas e o cuidado de enfermagem**

A população mundial encontra-se em um processo de reestruturação demográfica caracterizada pela redução das taxas de natalidade, diminuição da mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Este perfil tem sofrido uma transição demográfica caracterizada pelo aumento expressivo da população idosa, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A adoção de políticas públicas de saúde com o objetivo de promover a saúde e prevenir as doenças também têm contribuído para esse cenário (TOLEDO; BARELA, 2010).



No Brasil, as projeções indicam aumento de 2 a 4% da população idosa a cada ano. Tais valores alertam para as consequências dessa transição demográfica não apenas no âmbito da previdência social, como também do sistema de saúde. Assim, observa-se a necessidade de elaboração de planos de ação capazes de minimizar os efeitos do envelhecimento populacional numa população ainda não preparada para uma distribuição demográfica com grande prevalência em idosos. Estudos epidemiológicos de base populacional adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento, podendo desse modo haver um melhor entendimento das diferentes situações clínicas e uma melhor assistência à saúde deste segmento populacional (CHIANCA et al., 2013).

Nesse contexto, as políticas públicas devem identificar demandas de grupos populacionais, gênero, áreas territoriais e ambientais, atentando para a observação das características peculiares da heterogeneidade com que se manifestam. Sendo assim, uma política deve visar a integração da população, buscando reduzir as iniquidades, de tal modo que nenhum grupo etário seja discriminado na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. Para uma política ser holística deve contemplar medidas que equacionem o viver melhor nas condições sociais em geral, acrescentando aos aspectos de saúde, a economia, a política, a ecologia, ambiente, hábitos de vida pessoal, direcionando para ações coletivas e intersetoriais (MESQUITA et al., 2011).

Os aspectos sociais do processo de envelhecimento e a respectiva proteção legal para a população idosa no Brasil direcionam o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento desta questão. Diante disso, relevantes dispositivos legais foram instituídos no campo de proteção social ao idoso no cenário mundial. No Brasil, principalmente a partir das garantias conquistadas na Constituição Federal de 1988, deu-se origem a um processo de revisão da base legal que culminou com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde aprovando suas diretrizes operacionais, dentre elas a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada a saúde do idoso; a implantação do serviço de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidade de saúde, respeitando-se o critério de risco, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na área do idoso; divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. A mesma afirma ser a saúde do idoso uma de suas principais prioridades (BRASIL, 2012).

Dentre as ações estratégicas estabelecidas no Pacto está a Caderneta do Idoso, que se destaca por ser um instrumento de grande relevância no auxílio à identificação dos idosos que apresentam fragilidade ou riscos de fragilização. Esta possibilita aos profissionais de saúde o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento desse segmento populacional. Para estes, a mesma é um instrumento de cidadania que abre espaço para a obtenção de importantes informações para melhor acompanhamento do seu estado de saúde (BRASIL, 2011).

A PNSPI, instituída pela portaria 2.528/GM de 19 de outubro de 2006, busca garantir atenção adequada e digna a população idosa. Visa a promoção do envelhecimento ativo e saudável, na manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, na prevenção de doenças, na recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, assegurando-lhes autonomia, integração e participação efetiva como instrumentos de cidadania (BRASIL, 2010).

O foco central da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (GÓIS; VERAS, 2010). Os autores destacam ainda que a prática de cuidados a população idosa exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam sua saúde e a importância do ambiente no qual está inserido. A PNSPI estabelece e prevê em suas diretrizes a capacitação dos recursos humanos envolvidos no cuidado ao idoso. Tal diretriz requer o envolvimento de todos os órgãos públicos, instituições de saúde, instituições formadoras e da própria sociedade na sua efetivação na prática.

Esta política configura-se como instrumento legal que afirma a necessidade de enfrentamentos de desafios, como a escassez de estruturas de cuidado com suporte qualificado para os idosos e sua família, de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimentos sobre envelhecimento, da necessidade de implementação das redes de assistência à saúde do idoso. A mesma define responsabilidades institucionais aos gestores do SUS, para prover os meios e atuar para o alcance do propósito desta política, conforme competências específicas de cada nível de atuação, Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2011).

As diretrizes básicas da PNSPI são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Assim, constituem diretrizes da PNSPI: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MORAES, 2012).

Considerando a lógica retrospectiva, anteriormente à promulgação da PNSPI e procurando garantir às pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde, foi sancionado pelo governo brasileiro o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), que regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos, fruto da construção coletiva e reconhecido como a maior conquista da sociedade brasileira. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. No artigo 3º, dispõe sobre as obrigações familiares e sociais com relação ao idoso. Afirma que é obrigação da família, comunidade, sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e a convivência familiar e comunitária (FREITAS, 2011).

Além disso, o Estado tem obrigatoriedade de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e digno. Salienta-se que é preciso garantir não apenas a alimentação da pessoa idosa, mas também sua sobrevivência. O conceito, portanto, tem de ser entendido de forma ampla, englobando alimentação, medicamentos, vestuário, habitação, lazer, saúde, entre outras despesas (BRASIL, 2011).

Diante desse contexto, a enfermagem vem se destacando na ESF por promover a mudança da realidade do idoso em sua área adscrita, uma vez que a Atenção Básica é o primeiro contato do idoso com a assistência à saúde. É no trabalho em equipe que a enfermagem deve buscar continuamente a comunicação e a troca de experiências, devendo sempre estabelecer um vínculo, um compromisso e uma responsabilidade para com os idosos (CALDAS et al., 2013).

Ademais, como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro deve proporcionar uma assistência aos idosos centrada em atitudes efetivas e de impacto, voltadas para a educação em saúde e com foco na autonomia, ou seja, no potencial de realização e desenvolvimento das atividades de vida diária e do autocuidado. Deve ainda, buscar conhecer cada vez mais o processo de senescência, para que o cuidado seja ativamente exercido com qualidade, resultando em saúde física, bem-estar psicológico e uma diminuição no nível de dependência. Partindo do exposto, percebe-se a necessidade de haver no planejamento das ações de enfermagem, alternativas que estimulem os idosos a realização das atividades de vida diária (AVD) sem dependência, uma vez que estas são essenciais para o desenvolvimento da capacidade funcional (FREITAS, 2011).

De modo genérico, os profissionais da equipe de saúde da família devem estar atentos à mudança do perfil populacional da sua área de abrangência, com o significativo aumento da população idosa. Cabe aos mesmos trabalhar com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce dos agravos mais frequentes na sua população idosa, bem como sua intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar o afastamento do idoso do seu convívio social e familiar. O cuidado ao idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades de Saúde da Família, as quais devem representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. De modo específico, é importante destacar a necessidade dos profissionais de saúde alertarem a comunidade sobre os fatores de risco para quedas a que os idosos estão expostos no domicílio e fora dele, além de identificarem as formas de intervenção para sua exclusão ou minimização, sempre com a parceria do próprio grupo de idosos e os seus familiares (RODRIGUES, 2010).

## 4 Metodologia

---

#### 4.1 Tipo de estudo

Consta de uma pesquisa de campo de natureza observacional descritiva com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), o método observacional possibilita um alto grau de precisão nas ciências sociais, na qual se observa algo que acontece ou já aconteceu. A observação é de grande valia para a ciência, haja vista que sem ela o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido à simples conjectura e adivinhação.

A pesquisa descritiva, por sua vez, observa, registra e analisa as características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, afirmação de relações entre as variáveis, sem manipulá-las, por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Esse tipo de pesquisa desenvolve-se, em especial, nas ciências humanas e sociais abordando dados e problemas que merecem ser estudados, mas que não conta em documentos (CERVO; BERVIAM; DA SILVA, 2007).

O desenho quantitativo é caracterizado pela quantificação nas modalidades de coleta de informação, como no seu tratamento por meio de técnicas estatísticas. Nesse tipo de pesquisa, é necessário amostras amplas e de informações numéricas, enquanto que na abordagem qualitativa as amostras são reduzidas, os dados são analisados em seu conteúdo psicossocial e os instrumentos de coletas não são estruturados (LAKATOS; MARCONI, 2008).

#### 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Cuité – PB, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A cidade está localizada na microrregião do Curimataú Ocidental, apresenta uma área de 741.840 km<sup>2</sup>, seu bioma predominante é a caatinga e sua economia é voltada principalmente para a prestação de serviços. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município apresenta uma população de 19.978 habitantes.

As UBSF contempladas com a pesquisa foram: UBSF Abílio Chacon; UBSF Ezequias Venâncio; UBSF Diomedes Lucas de Carvalho; UBSF Raimunda Domingos de Moura; e UBSF Luiza Dantas de Medeiros, todas localizadas na zona urbana do referido município. A escolha do cenário para a realização da pesquisa justificou-se pela facilidade de acesso aos

idosos nas Unidades, uma vez que todas possuem grupos de práticas assistenciais constituídos por tais usuários que residem nas áreas adscritas das UBSF's.

### **4.3 População e Amostra**

De acordo com a SMS de Cuité (2014) estão cadastrados nas UBSF da Zona Urbana 2.467 idosos, os quais estão distribuídos da seguinte forma: 559 idosos cadastrados na UBSF Abílio Chacon; 458 na UBSF Ezequias Venâncio; 559 na UBSF Diomedes Lucas de Carvalho; 478 na UBSF Luíza Dantas de Medeiros e 413 na UBSF Raimunda Domingos de Moura. Desta forma, a população pode ser descrita como o total de usuários idosos, cadastrados e acompanhados nas cinco UBSF do município de Cuité. Diante da impossibilidade de coletar dados da população total, recorreu-se a um cálculo amostral, realizado via *on-line*, a fim de identificar uma amostra do tipo aleatória simples, correspondente a um subconjunto selecionado para se obter informações relativas às características dessa população. Marconi e Lakatos (2008) descrevem o conceito de amostra como uma porção ou parcela, criteriosamente selecionada da população; um subconjunto do universo.

A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada para a exposição a fatores de risco de queda de 90%, e considerando um erro amostral de 5% e nível de confiabilidade de 95%, foi composta por 132 idosos.

Foram considerados como critérios para inclusão da amostra: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser cadastrado e acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família do município de Cuité – PB; aceitar livremente em participar da pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e apresentar condições psicológicas para responder ao questionário de coleta de dados. Como critérios de exclusão considerou-se a recusa em participar do estudo; e não ter faculdades mentais compatíveis à resolubilidade do questionário.

### **4.4 Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicado pelos idosos com a co-participação do pesquisador participante, quando houve necessidade. O instrumento

foi composto por quatro partes: a) dados pessoais; b) perfil social; c) problemas de saúde; e d) variáveis associadas ao risco de quedas.

Na primeira parte, foram investigadas as informações referentes às seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, com quem mora na casa, se tem cuidador; quem é o cuidador. A segunda envolveu a avaliação do perfil social: escolaridade e renda familiar.

A terceira parte do instrumento foi composta por dados que avaliam as morbidades referidas, ou seja, se o mesmo apresenta ou não algum problema de saúde e se este interfere nas atividades de vida diária do idoso e no risco de quedas. A quarta parte são as variáveis associadas ao risco de quedas propriamente ditas: episódios de quedas anteriores; local da queda; uso de bebidas alcóolica ou medicamento antes da queda; uso de roupas longas atrapalhando a marcha, calçados inadequados, acessórios de apoio (bengala, andador) no momento da queda; dificuldade para caminhar; alterações do equilíbrio; fraqueza muscular; vertigem; hipotensão postural; desmaio; características residenciais e dos lugares comumente frequentados; presença de tapetes soltos, pisos irregulares ou com buracos, degraus soltos ou desnível no piso, objeto no chão, animais domésticos, escadaria sem corrimão, banheiro sem apoio.

#### **4.5 Procedimentos para Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada através de questionários aplicados, tanto no domicílio dos idosos, como nas UBSF's no mês de agosto de 2014. Anteriormente à coleta foram seguidos os seguintes passos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional à Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família do município de Cuité- PB, para realizar a pesquisa nas referidas UBSF's, com sua devida assinatura, bem como a autorização do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com a devida assinatura da folha de rosto; 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após autorização do CEP, as atividades de coleta de dados iniciou-se, com prévias reuniões nas UBSF's com os enfermeiros e agentes comunitários de saúde, para permitir o acesso ao grupo a ser pesquisado. A coleta de dados deu-se tanto nos espaços das UBSF's nos



dias de atendimento para demanda espontânea e programática a idosos, assim como por meio de visitas domiciliares nas microáreas dos agentes comunitários de saúde. Cabe mencionar que o TCLE foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

#### 4.6 Análise dos Dados

Após o término da coleta de dados, uma planilha do *software Excel* 2010 foi utilizada para a construção de um banco de informações a partir das respostas apontadas para os itens contidos no questionário.

A análise inicial dos dados quantitativos foi descritiva, que conforme Gil (2008) configura-se como um dos principais cuidados do pesquisador no intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Para tanto foram utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada. Estes procedimentos possibilitaram caracterizar o que foi típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuíram em relação a determinadas variáveis.

Em seguida utilizou-se a análise estatística inferencial para assim relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas. O *software IBM SPSS* versão 20 foi utilizado para testar as 72 hipóteses listadas para esta investigação. O teste de qui-quadrado foi usado para verificar a associação entre os problemas de saúde autorreferidos e a ocorrência anterior de quedas bem como entre fatores comportamentais e ocorrência anterior de quedas, aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de  $p$  foi inferior à 0,05.

#### 4.7 Aspectos Éticos

A eticidade do estudo teve como base as considerações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) que regulamenta os princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, assim como a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que tem como fundamento o código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Dessa forma, os aspectos éticos respeitados nessa pesquisa foram: a garantia do anonimato dos participantes do estudo, assim como o sigilo das informações por estes prestadas; ter sido desenvolvida em indivíduos com autonomia plena, os quais puderam

desistir da pesquisa em qualquer etapa, sem que nenhum prejuízo a este fosse acarretado; esclarecimentos ao convidado a participar da pesquisa, a fim de familiarizar-lhe com a proposta evidenciada no estudo e demonstrar o enfoque da pesquisa, assim como obter a assinatura do TCLE; utilização dos dados obtidos nessa pesquisa exclusivamente conforme o consentimento do participante (BRASIL, 2012).

Vale lembrar que esta pesquisa apresentou riscos considerados “mínimos”, pois alguns participantes ficaram inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretendeu-se trazer contribuições significativas para a saúde deste segmento populacional a partir da melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde da família. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante teve a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito da matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS (BRASIL, 2012).

## Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo apresenta os resultados, a análise e a discussão dos dados, conforme a aplicação do questionário junto aos idosos participantes do estudo, sendo este dividido em duas sessões. Na primeira estão exibidos os resultados da caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo pautados na estatística descritiva; e na segunda estão expostos os resultados pertinentes aos objetivos do estudo, concernentes à avaliação do risco de quedas em idosos.

### 5.1 Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica

Participaram do estudo 132 idosos cadastrados e acompanhados nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuité – PB e os resultados agrupados na caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica estão apresentados na Tabela 1, abrangendo nove variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, número de moradores no domicílio, arranjo familiar, presença de cuidador e designação do cuidador.

**Tabela 1** – Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Cuité - PB (n=132).

| Variável                            | Categorias                   | Idosos pesquisados |                    |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|
|                                     |                              | <i>f</i>           | %                  |
| <b>Sexo</b>                         | Masculino                    | 51                 | 38,6%              |
|                                     | Feminino                     | 81                 | 61,4%              |
| <b>Faixa Etária</b>                 | 60 a 69                      | 35                 | 26,5%              |
|                                     | 70 a 79                      | 59                 | 44,7%              |
|                                     | 80 a 89                      | 32                 | 24,2%              |
|                                     | Acima de 90                  | 6                  | 4,5%               |
| <i>Medidas descritivas</i>          | <i>Média = 74,74</i>         |                    |                    |
|                                     | <i>Desvio padrão = 8,489</i> | <i>Mínima = 60</i> | <i>Máxima = 99</i> |
| <b>Escolaridade</b>                 | Não alfabetizado             | 74                 | 56,1%              |
| <i>Medidas descritivas</i>          | <i>Média = 1,58</i>          |                    |                    |
|                                     | <i>Desvio padrão = 2,217</i> | <i>Mínima = 0</i>  | <i>Máxima = 10</i> |
| <b>Estado civil</b>                 | Solteiro                     | 6                  | 4,5%               |
|                                     | Casado                       | 75                 | 56,8%              |
|                                     | Divorciado                   | 6                  | 4,5%               |
|                                     | Separado                     | 4                  | 3,0%               |
|                                     | Viúvo                        | 41                 | 31,1%              |
| <b>Renda Familiar</b>               | Até 01 salário mínimo        | 11                 | 8,3%               |
|                                     | 02 a 03 salários mínimos     | 121                | 91,7%              |
| <b>Nº de moradores do domicílio</b> |                              |                    |                    |
| <i>Medidas descritivas</i>          | <i>Média = 2,79</i>          |                    |                    |

|                             | <i>Desvio padrão = 1,348</i>         | <i>Mínimo = 01</i> | <i>Máxima = 08</i> |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Arranjo familiar</b>     | <i>Sozinho</i>                       | 05                 | 3,8%               |
|                             | <i>Somente com cônjuge</i>           | 42                 | 31,8%              |
|                             | <i>Cônjuge e filhos</i>              | 26                 | 19,7%              |
|                             | <i>Cônjuge, filhos, genro e nora</i> | 18                 | 13,6%              |
|                             | <i>Somente com filhos</i>            | 30                 | 22,7%              |
|                             | <i>Arranjos trigeracionais</i>       | 3                  | 2,3%               |
|                             | <i>Somente com netos</i>             | 5                  | 3,8%               |
|                             | <i>Não familiares</i>                | 3                  | 2,3%               |
| <b>Presença de cuidador</b> | <i>Sim</i>                           | 117                | 88,6%              |
|                             | <i>Não</i>                           | 15                 | 11,4%              |
| <b>Cuidador</b>             | <i>Cônjuge</i>                       | 34                 | 25,8%              |
|                             | <i>Cônjuge e filho</i>               | 27                 | 20,5%              |
|                             | <i>Cônjuge, filhos, genro e nora</i> | 17                 | 12,9%              |
|                             | <i>Somente filhos</i>                | 34                 | 25,8%              |
|                             | <i>Cuidador particular</i>           | 4                  | 3,0%               |
|                             | <i>Outros</i>                        | 1                  | 0,8%               |
|                             | <i>Sem cuidador</i>                  | 15                 | 11,4%              |
| <b>Total</b>                | <b>132</b>                           | <b>100%</b>        |                    |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Ao observar a Tabela 1, percebe-se a predominância do sexo feminino entre os idosos (61,4%, n=81) em comparação ao sexo masculino 38,6% (n=51). No que diz respeito à variável faixa etária, a média da idade dos idosos foi de 74,74 anos, variando de 60 a 99 anos. A faixa etária de 70 a 79 demonstrou maior representatividade (44,7%, n=59).

O predomínio significativo de mulheres nessa faixa etária pode ser explicado pela tendência do envelhecimento populacional, como também em decorrência do contingente do sexo feminino ser maior do que o masculino. No período de 2001 a 2011, o crescimento do número de idosos com 60 anos ou mais, em termos absolutos, é marcante: passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões. A maioria da população idosa é composta por mulheres (61,4%), devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo (IBGE, 2012), o que contribui para justificar o resultado encontrado neste estudo. É oportuno destacar ainda que culturalmente as mulheres tendem a recorrer aos serviços de saúde com mais frequência, o que pode configurar-se como um viés da amostragem.

Respalhando a afirmativa anterior e direcionando a discussão para o objeto de estudo em tela, a literatura aponta que quanto ao sexo, as mulheres sofrem maior risco de quedas, quando comparado aos homens. Quando se avaliam grupos inseridos em programas de atenção à saúde, a presença da maioria de mulheres é marcante, pois elas procuram mais os serviços de saúde e grupos específicos. Esta observação repousa no fato que pelo menos 30%

dos idosos no Brasil sofre um episódio de queda por ano, sendo que as mulheres têm uma frequência de quedas um pouco mais elevada que os homens da mesma faixa etária (MACIEL et al., 2010).

Farias (2011) refere ainda que as mulheres por possuírem uma menor quantidade de massa magra e força muscular, maior perda de massa óssea devido à redução de estrógeno, aumentando a probabilidade de ocorrer a osteoporose; maior prevalência de doenças crônicas; maior exposição a atividades domésticas e a comportamento de maior risco estão mais susceptíveis à queda em relação aos homens de mesma idade, assim como, estão mais expostas aos fatores extrínsecos, devido à realização de atividades domésticas. É importante destacar que as quedas são mais frequentes entre aqueles com diagnóstico de osteoporose, uma vez que a presença dessa doença associa-se com o sexo feminino e a idade avançada.

Dessa forma, no Brasil, a feminização da velhice e os fatores pessoais e ambientais que se relacionam com a mulher interferem no risco de quedas, mostrando que idosos do gênero feminino caem mais (NICOLUSSI et al., 2012). Não obstante, segundo Freitas (2011), estudos de base populacional e com grande número de indivíduos estimam uma incidência de queda de 28 a 35% de quedas em idosos com mais de 65 anos, 35% naqueles com mais de 70 anos, 32 a 42% acima de 75 anos, com frequência maior em mulheres (40,1%) do que em homens (34,8%) da mesma faixa etária, corroborando os resultados obtidos no presente estudo.

No que concerne à variável escolaridade, verifica-se na Tabela 1 que 56,1% (n=74), dos idosos são analfabetos, com média de 1,58 anos estudados e desvio padrão de 2,217. Acredita-se que este perfil de escolaridade tenha relação direta com as condições sociais dos idosos, os quais quando jovens não tiveram chance de estudar, iniciando precocemente suas atividades no mercado de trabalho, sobretudo na agricultura. A elevada prevalência de analfabetismo entre os idosos pode estar associada ainda a necessidade de execução de atividades econômicas, longas jornadas de trabalho, falta de incentivo governamental, dentre outros fatores.

De acordo com Peres (2011), o problema do analfabetismo que acomete as populações mais idosas tem relação direta com o fato de ser este um grupo social consideravelmente abandonado pelo Poder Público quanto ao estabelecimento de políticas educacionais. O fenômeno educacional de exclusão da população idosa leva a compreensão do sistema educacional como uma estrutura burocrática criada com o fim de promover a formação e a qualificação da mão-de-obra jovem para o mercado de trabalho. Desta maneira, a exclusão

dos idosos do mercado de trabalho pré-determinaria a sua exclusão do contexto da educação. Segundo o mesmo autor, as estatísticas censitárias revelam que os índices mais elevados de analfabetismo estão entre as faixas etárias mais velhas. E que, a situação desses indivíduos ainda se torna pior pela inexistência, no Brasil, de políticas educacionais direcionadas ao idoso e ao analfabetismo.

A baixa escolaridade, e principalmente o analfabetismo, poderão ainda ser um fator que impõe limitações e inabilidades para a vida da pessoa idosa, sendo que eles não conseguem ou apresentam dificuldades de ler, escrever, assim como compreender informações, entre outras situações do cotidiano. É relevante ponderar que atualmente o mundo é globalizado e informatizado, em que o nível de escolaridade é indispensável para melhorias nas condições de vida do idoso (GAI et al., 2010). Segundo os mesmos autores, o analfabetismo é configurando um problema social grave e, muitas vezes, invisível à sociedade e ignorado pelo Poder Público. Nossos padrões culturais são condicionados a associar educação e alfabetização somente à infância, esquecendo que a velhice também é uma fase da vida humana que apresenta demandas educacionais.

Contudo, sabemos que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei 9394/96), nem sequer cita a velhice como uma etapa da vida humana que necessita de maior atenção do Estado no que se refere à educação e alfabetização. Por outro lado, e de maneira contraditória, o Estatuto incentiva a criação de universidades abertas da terceira idade (UNATI), que têm um caráter essencialmente elitista e paliativo, sendo voltadas principalmente ao desenvolvimento de atividades de esporte e lazer, que visam atender demandas de uma elite de idosos (PERES, 2011).

Para Silva (2013), o processo de ensino e aprendizagem do idoso deve, portanto, ter como aliado a maturidade e o saber acumulado dessa geração no estabelecimento de discussões e questionamentos em torno do conhecimento formal, cuidando para que a educação promova a autonomia, crítica de pensamento e compreensão da realidade para seu empoderamento. A educação pode refletir em outros aspectos importante da vida, como cultura, renda e saúde, sendo provável que indivíduos com maior nível de instrução tenham maior preocupação com a saúde, e conseqüentemente, quanto maior o grau de escolaridade menor o acometimento por queda.

Com relação ao estado civil, os resultados mais significativos apontam que 56,8% dos participantes são casados e 31,1% são viúvos. Considerando a influência da presença ou não de um companheiro para a ocorrência de quedas entre idosos, acredita-se que a primeira

representa um fator protetor e a segunda um fator de risco, ou seja, a companhia revela-se como um aspecto favorável para a prevenção de quedas. Alguns fatores podem justificar esta assertiva esboçada sobre a relação viuvez e queda: os idosos viúvos passam a ser responsáveis por todas as atividades para organizarem o lar, ficando mais expostos a riscos e situações que os levem a quedas; e muitas vezes, o fato de ser viúvo não implica apenas em não ter companheiro, mas também passa a ter perdas sociais, acarretando dependência física, econômica e afetiva, podendo tornar o idoso mais susceptível a ocorrência de quedas.

Sob outra perspectiva, para Smeltzer e Bare (2010), essa diferença no estado civil é uma consequência de diversos fatores: as mulheres apresentam uma expectativa de vida mais longa que os homens, tendem a casarem com homens de mais idade e a permanecerem viúvas, enquanto os homens frequentemente voltam a casar. Essa lógica, portanto, pode explicar o resultado obtido, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge (MOTTA; AGUIAR, 2010).

Ao analisar a renda familiar, observou-se que 91,7% (n=121) dos participantes possui renda familiar entre 2 e 3 salários, o que não é consideravelmente suficiente para atender as necessidades humanas básicas. A renda advinda da aposentadoria constitui a principal fonte de rendimentos de grande parte dos participantes deste estudo, representando uma condição socioeconômica injusta e inadequada as reais necessidades do idoso. Para Farias (2011), a aposentadoria representa, quase sempre, a porta de entrada para velhice por coincidir com o início da terceira idade. Durante anos de preparação para o trabalho, o indivíduo depara-se com a aposentadoria, impondo transformações na dinâmica de vida e para qual ele não estava preparado, sendo esta, geralmente, a única fonte de renda da população idosa.

Nesse sentido, é inegável que o custo com a população idosa é bem maior, pois os problemas de saúde que eles apresentam são, na sua maioria, de natureza crônica e, quando acontece de se estender por muitos anos, a tendência é levar à incapacidades. Embora a renda da aposentadoria estar, comumente, abaixo das necessidades da população idosa, deve-se ressaltar que muitos idosos e familiares sobrevivem com os recursos dos mesmos (PERES, 2011).

No que concerne ao número de moradores do domicílio, verificou-se uma média de 2,79 pessoas, com desvio padrão de 1,348, sendo o mínimo de 01 morador (referente àqueles idosos que moram sozinhos) e o máximo de 08 pessoas no domicílio. Associado a isto, os idosos foram questionados quanto ao arranjo familiar e a Tabela 1 mostra que parte



significativa destes mora somente com o cônjuge (31,8%), somente com os filhos (22,7%) ou com cônjuge e filhos (19,7%). Para Smeltez e Bare (2010), quando ocorre a necessidade de dependência, o cônjuge frequentemente adquire o papel de cuidador primário. Na ausência deste, um filho comumente assume as responsabilidades de cuidador, podendo, precisar de ajuda no fornecimento ou arranjos para os cuidados e apoio. Enfatiza ainda, que mais de 70% dos idosos recebem a maior parte de seus cuidados de cuidadores informais. A família continua sendo importante fonte de apoio para os idosos; de maneira similar, os familiares idosos proporcionam a maior parte do apoio para os familiares mais jovens.

A família é importante instituição na construção de valores morais, éticos e espirituais, sendo responsável pela formação de padrões de comportamento. As outras instituições possuem o caráter de complementaridade na construção do indivíduo. O núcleo familiar por si só não dispõe do básico para promover a integração social e o desenvolvimento de seus membros. É necessária a sua inclusão em programas que lhes permitam condições básicas de inserção social e cidadania para que ela possa cumprir o papel que lhe é social e legalmente atribuído (RODRIGUES; CIOSAK, 2011). O Estatuto do Idoso, aprovado em 1º de outubro de 2003 pela Lei nº 10.741 destaca o papel da família reforçando e enfatizando a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público de assegurar o direito à saúde, alimentação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar (FREITAS, 2011).

Motta e Aguiar (2010) reforçam que existe uma reciprocidade entre a saúde dos idosos e a estrutura e conformação das relações sociais e familiares, já que a deterioração da saúde pode levar à redefinição dos arranjos domiciliares, assim como de certas estruturas domiciliares. Por outro lado, os tipos e as características da rede familiar pode levar a diferentes riscos de doenças. Assim, a saúde do idoso pode determinar o tipo de arranjo familiar, e ao mesmo tempo este pode ser um fator determinante na saúde do idoso. Por isso, é relevante analisar os determinantes, ou seja, os fatores associados aos arranjos familiares que inclui pessoas idosas, uma vez que, este podem influenciar na qualidade de vida do idoso.

Com relação a presença de cuidador, verificou-se que 88,6% (n=117) dos idosos possuem cuidadores em seus domicílios, sendo possível enfatizar que esta variável pode ser considerada um fator protetor, minimizando o risco de um evento de queda. Em contraponto, 11,4% (n=15) mencionaram não ter cuidador, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de quedas e a exigência da presença de um cuidador. Dos idosos que referiram ter cuidador, 25,8% assinalaram ser o cônjuge e 25,8% apontaram ser os filhos.

De acordo com Smeltzer e Bare (2010), a idealização do cuidado e a compreensão das questões psicossociais confrontadas pelos idosos devem ser realizadas dentro do contexto familiar. Quando ocorrem as necessidades de dependência, o cônjuge frequentemente assume o papel de cuidador primário. Na ausência do mesmo, um filho assume as responsabilidades de cuidador e pode mais adiante necessitar de ajuda no provimento ou arranjos para os cuidados e apoio. A família foi e continua ser uma relevante fonte de base para os idosos. Embora os filhos não sejam financeiramente responsáveis por seus pais idosos, as atitudes sociais e os valores culturais comumente determinam que os filhos deverão fornecer os serviços e assumir os cuidados quando seus pais idosos não podem mais cuidar de se mesmo.

Cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Numa perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha (CRUZ et al., 2012).

Para Rezende, Gaede-Carrillol e Sebastião (2012), o cuidador deve atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde, e suas principais atribuições são: escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos; estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; oferecer as medicações conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar a equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; e outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde do idoso.

Diante disso, a preocupação com os cuidadores é de fundamental importância para equipe da estratégia saúde da família, para que a assistência domiciliar aconteça e seja efetiva, alcançando seus reais objetivos, com atuação de uma equipe multidisciplinar em saúde, servindo de apoio contínuo. Deve ser exercitada através de intervenções que indiquem condições satisfatórias para que os cuidadores e os doentes sintam-se confortados, atendidos e capacitados. A promoção dessa rede de apoio deve ser coordenada e orientada pela equipe,

devendo estes atuar na promoção da saúde e orientação, fundamentalmente ouvindo as necessidades dos cuidadores, proporcionando aos mesmos esclarecimentos de dúvidas quanto ao cuidado domiciliar com o idoso.

A equipe da ESF, em especial o enfermeiro, deve prestar informação sobre o processo de envelhecimento, a importância de manter a comunicação com o idoso, mesmo que esta seja demasiado repetitiva, a adoção de um padrão habitual de rotinas, sobre relevância de um ambiente adequado, orientando também para manutenção da atividade do idoso, pela estimulação sensorial, pela deambulação e exercício. Faz-se necessário ainda a orientação para a participação/envolvimento familiar no cuidado, para a importância da vigilância da saúde, da manutenção dos contatos sociais e acerca dos métodos e técnicas de ensino/aprendizagem mais adequadas às necessidades dos cuidadores, além de proporcionar treino sobre a prestação de cuidados (higiene, alimentação, hidratação, mobilização, posicionamento e prevenção de úlceras, estimulação física e psicológica). O enfermeiro, na excelência do seu exercício profissional, junto dos idosos/família/cuidador, cuida para aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade (RODRIGUES; CIOSAK,2012).

Associado às ações dos profissionais da ESF, os idosos acometidos por quedas devem ser beneficiados com a assistência ofertada pela equipe do Programa Melhor em Casa, uma proposta recente do MS voltada para os cuidados domiciliares, principalmente para o idoso e outros usuários que não tem acesso aos serviços de saúde. O mesmo visa a reabilitação dos pacientes em âmbito domiciliar, garantindo a continuidade do tratamento integrado à rede de atenção à saúde. Além disso, o Programa possibilita a redução da internação hospitalar e reduz o tempo de permanência dos usuários internados, melhorando e ampliando a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família por uma equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2012). É importante destacar que o município em que a pesquisa foi realizada foi um dos pioneiros no estado da Paraíba na implantação e operacionalização deste Programa.

## **5.2 Dados relativos à avaliação do risco de quedas em idosos**

Os resultados que seguem foram alcançados a partir das respostas dos idosos participantes do estudo frente aos itens sobre risco de quedas contidos no questionário, cujas informações são consideradas imprescindíveis para atender aos objetivos propostos pela

pesquisa. A Tabela 2 expõe os resultados da estatística descritiva referente à exposição dos idosos a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas.

**Tabela 2** - Descrição da exposição a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB (n=132).

| Fatores de risco   | Categorias                       | Idosos pesquisados |       |     |       |
|--------------------|----------------------------------|--------------------|-------|-----|-------|
|                    |                                  | Sim                |       | não |       |
|                    |                                  | f                  | %     | f   | %     |
| <b>Intrínsecos</b> | <i>Dificuldade para caminhar</i> | 74                 | 56,1% | 58  | 43,9% |
|                    | <i>Alterações de equilíbrio</i>  | 72                 | 54,5% | 60  | 45,5% |
|                    | <i>Fraqueza muscular</i>         | 22                 | 16,7% | 110 | 83,3% |
|                    | <i>Tontura/vertigem</i>          | 102                | 77,3% | 30  | 22,7% |
|                    | <i>Hipotensão postural</i>       | 50                 | 37,9% | 82  | 62,1% |
|                    | <i>Desmaio</i>                   | 8                  | 6,1%  | 124 | 93,9% |
| <b>Extrínsecos</b> | <i>Iluminação inadequada</i>     | 45                 | 34,1% | 87  | 65,9% |
|                    | <i>Tapetes soltos</i>            | 90                 | 68,2% | 42  | 31,8% |
|                    | <i>Pisos irregulares</i>         | 125                | 94,7% | 7   | 5,3%  |
|                    | <i>Degraus/desníveis</i>         | 113                | 85,6% | 19  | 14,4% |
|                    | <i>Objetos no chão</i>           | 40                 | 30,3% | 92  | 69,7% |
|                    | <i>Animais domésticos</i>        | 71                 | 53,8% | 61  | 46,2% |
|                    | <i>Escadaria sem corrimão</i>    | 9                  | 6,8%  | 123 | 93,2% |
|                    | <i>Banheiro sem apoio/barra</i>  | 131                | 99,2% | 1   | 0,8%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Quanto aos fatores de riscos para quedas, a Tabela 2 mostra que a exposição aos fatores extrínsecos, os quais são condições originadas no ambiente em que vive o idoso, é mais evidente. As categorias mais prevalentes referidas pelos idosos foram: banheiro sem apoio/barra (99,2%, n=131), pisos irregulares (94,7%, n=125) e presença de degraus/desníveis (85,6%, n=113). Quanto aos fatores intrínsecos, os quais são alterações do processo fisiológico de envelhecimento do próprio indivíduo, a presença de tontura/vertigem sobressaiu como a mais prevalente, referida por 77,3% (n=102) dos idosos.

Para Correa (2012), a maioria das quedas é uma combinação dos fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que 44% delas ocorrem na presença de inadequações ambientais. O ambiente domiciliar tem sido fator de risco de 1/4 a 1/3 de todas as lesões por queda entre os idosos. De acordo com o ambiente doméstico, pisos irregulares, degrau ou desnível do piso e falta de barras de apoio no banheiro podem aumentar a prevalência de quedas em mais de 50% dos idosos. A avaliação e identificação no meio ambiente, de seus perigos potenciais ajudam na sua remoção, o que poderá favorecer a mobilidade e segurança da pessoa idosa.

Apenas transformar o ambiente domiciliar, sem intervenção multifatorial, pode ser insuficiente para melhorar os resultados.

Complementando este raciocínio, Farias (2010) refere que os fatores de risco de quedas que mais chamam atenção da equipe de saúde são os fatores extrínsecos no domicílio. A redução dos perigos domésticos, combinada com os fatores intrínsecos do idoso, podem diminuir os riscos de queda. Para Parreira (2010), embora as quedas não sejam simplesmente prevenidas, os dados apontam que a maior parte dos fatores de risco para quedas são modificáveis. Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto recorrentes, impondo aos profissionais de saúde grande desafio de identificar e agir sobre os fatores modificáveis.

Segundo Alvares, Lima e Silva (2010), os fatores ambientais são os que proporcionam maior risco de queda e, quando associados a características físicas dos indivíduos, são ainda mais agravantes. A proposta de ação de enfermagem envolve cuidado de enfermagem para prevenção de quedas, enfatizando a promoção da saúde dos idosos, realizada através de trabalho preventivo, com a adoção de medidas e cuidados para evitar ou reduzir os fatores de risco para quedas. Tal fato alerta para a necessidade de maior atenção dos idosos e cuidadores com os possíveis fatores de risco existentes no ambiente domiciliar, como os extrínsecos mais prevalentes neste estudo (pisos irregulares, degraus, banheiros não adaptados).

A Tabela 2 também mostra várias alterações associadas ao envelhecimento, tendo maior destaque entre os participantes a tontura/vertigem. Freitas (2011) reforça esta assertiva afirmando que o envelhecimento fisiológico é um processo que vem acompanhado de várias mudanças em nível funcional, sensorial, e motor, interferindo no controle postural ou no equilíbrio, o que se conforma como um fator determinante para quedas.

A tontura é uma queixa extremamente prevalente em todo mundo, ocorrendo em todas as faixas etárias, principalmente entre adultos e idosos, causando morbidade e utilização dos serviços de saúde. A prevalência da tontura em adultos jovens é de 1,8% e em idosos chega 30%. A vertigem refere-se a um sintoma vestibular e envolve a sensação de girar ou outros tipos de movimentos ilusórios sobre si ou ambiente (FREITAS, 2011). A ilusão visual rotatória do ambiente é particularmente característica, geralmente, acompanhada de quedas, náuseas, vômitos, palidez, sudorese e desequilíbrio, agravados pelo movimento e mudança de posição da cabeça. É um problema muito comum em idosos, frequentemente decorre de causas multifatoriais e de condições funcionais (RODRIGUES, CIOSAK; 2012).

Frente aos resultados obtidos e considerando a necessidade de readequação do ambiente de vivência dos idosos, Freitas (2011) destaca como ambiente seguro o recinto que apresenta redução do risco para quedas de origem extrínseca, como: colocar pisos antiderrapantes, secos, foscos, livre de ondulações; manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias, como cera; evitar o desnível de pisos, preferir rampas ao invés de escadas; uso de anteparo de assento durante o banho e algum recurso antiderrapante; e barras de apoio para facilitar o acesso ao banheiro.

Diante disso, além das adaptações ambientais mencionadas faz-se mister destacar a importância das orientações de profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, para os familiares, pois são eles que convivem diretamente com a pessoa idosa. É possível que com a implementação de estratégias de prevenção ocorram modificações nesse cenário (ambiente). Essas alternativas podem levar as pessoas a modificarem seus hábitos de saúde. A implantação de um grupo de atenção ao idoso é uma estratégia com grandes possibilidades de êxito, visto que além de tira-lo do sedentarismo do lar, favorece o envolvimento dos membros dos grupos e a interação com os profissionais, idosos e familiares, auxiliando no entendimento das implicações que o processo de envelhecimento traz na vida diária do indivíduo. A prática da enfermagem na atenção básica é de extrema importância, sobretudo por conhecer o contexto de vida dos idosos e estar perto das dificuldades enfrentadas pela população idosa, logo pode colaborar para a implantação de formas para melhorar a qualidade de vida dessa população, evitando quedas (ALVARES, 2010).

Considerando a necessidade de averiguar com mais precisão a exposição de idosos a fatores de risco para quedas, os participantes foram consultados quanto à ocorrência de quedas anteriores. A estatística descritiva relacionada à frequência de quedas e o local do episódio pode ser observado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Local de ocorrência da queda de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB (n=132).

| Local de ocorrência da queda | Idosos pesquisados |       |     |       |
|------------------------------|--------------------|-------|-----|-------|
|                              | Sim                |       | não |       |
|                              | f                  | %     | f   | %     |
| <i>Cama</i>                  | 5                  | 3,8%  | 127 | 96,2% |
| <i>Cadeira</i>               | 2                  | 1,5%  | 130 | 98,5% |
| <i>Própria altura</i>        | 68                 | 51,5% | 64  | 48,5% |
| <i>Escada</i>                | 2                  | 1,5%  | 130 | 98,5% |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Conforme exhibe a Tabela 3, no que diz respeito ao local de ocorrência de queda nos idosos, a queda da própria altura foi preponderante com 51,5% (n= 64) entre os participantes do estudo. A queda da própria altura é considerada um problema de saúde pública, tanto pela sua alta frequência como pelos seus efeitos diretos e indiretos sobre a saúde da população, podendo determinar lesões graves que significam risco iminente à vida, como também piorar estados mórbidos prévios, contribuindo para mortalidade tardia (PARREIRA et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, na atualidade cerca de 15% dos pacientes que são admitidos em centros especializados no atendimento a traumatizados sofreram quedas da própria altura (QPA), utilizando grande parcela dos recursos destinados para a área da saúde. Estima-se que no ano 2000 foram gastos aproximadamente 19 bilhões de dólares nos Estados Unidos da América (EUA) para o tratamento de vítimas de QPA. A incidência de quedas aumenta com o avançar da idade, variando de 34% entre idosos com 65 e 80 anos, 45% entre 80 e 89 anos e 50% acima de 90 anos. Esse fato evidencia a importância da avaliação do sistema de equilíbrio do idoso, com implementação de medidas visando a redução da intensidade da oscilação postural.

De fato, torna-se necessário verificar alguns itens relacionados a postura corporal do idoso, principalmente, para adequar a distribuição de moveis e utensílios: prateleiras e armários devem estar ao alcance dos idosos; ao se baixar, orientá-lo a dobrar os joelhos de forma que a coluna se mantenha ereta; varais de roupas devem ser alcançáveis; ao varrer é indicado que a vassoura esteja a frente, evitando torcer a coluna; evitar a postura encurvada ao realizar atividades domésticas (FREITAS et al., 2010).

Nesta lógica, os fatores etiológicos que provocam as quedas são múltiplos e podem ser agrupados em intrínsecos e extrínsecos. Para uma compreensão mais aprofundada da influência desses fatores com a ocorrência de quedas foram testadas 72 hipóteses estatísticas a fim de verificar a associação entre problemas de saúde autorreferidos e ocorrência anterior de quedas (Tabela 4) e fatores comportamentais e ocorrência anterior de quedas (Tabela 5), aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de  $p$  for inferior à 0,05.

**Tabela 4** - Associação entre local de ocorrência anterior de quedas e problemas de saúde autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=132).

| Local          | Problemas de saúde autorreferidos |       |       |       |       |       |       |
|----------------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                | OA                                | AP    | DM    | DC    | DVP   | DN    | HAS   |
| <i>Cama</i>    | 0,070                             | 0,160 | 0,350 | 0,951 | 0,563 | 0,910 | 0,684 |
| <i>Cadeira</i> | 0,073                             | 0,339 | 0,559 | 0,491 | 0,717 | 0,756 | 0,374 |

|                       |  |              |              |           |              |            |       |
|-----------------------|--|--------------|--------------|-----------|--------------|------------|-------|
| <i>Própria altura</i> | 0,126                                    | 0,480        | 0,548        | 0,346     | 0,930        | 0,362      | 0,115 |
| <i>Escada</i>         | 0,258                                    | 0,560        | 0,559        | 0,491     | <b>0,009</b> | 0,756      | 0,486 |
|                       | <b>Problemas de saúde autorreferidos</b> |              |              |           |              |            |       |
| <b>Local</b>          | <b>IU</b>                                | <b>OB</b>    | <b>OP</b>    | <b>VP</b> | <b>ANE</b>   | <b>DEP</b> |       |
| <i>Cama</i>           | 0,284                                    | 0,430        | 0,105        | 0,432     | 0,135        | 0,590      |       |
| <i>Cadeira</i>        | 0,683                                    | 0,411        | 0,374        | 0,624     | 0,736        | 0,736      |       |
| <i>Própria altura</i> | 0,061                                    | <b>0,016</b> | <b>0,007</b> | 0,493     | 0,759        | 0,063      |       |
| <i>Escada</i>         | 0,683                                    | 0,411        | 0,374        | 0,624     | 0,736        | 0,736      |       |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: OA = Osteoartrite; AP = Audição prejudicada; DM = Diabetes Mellitus; DC = Doença Cardíaca; DVP = Doença Vascular Periférica; DN = Doença Neurológica; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; IU = Incontinência Urinária; OB = Obesidade; OP = Osteoporose; VP = Visão prejudicada; ANE = Anemia; DEP = Depressão.

Quando realizado o teste de qui-quadrado para averiguar a associação existente entre diversos problemas de saúde com a ocorrência anterior de quedas, como mostra a Tabela 4, houve significância estatística apenas nas associações entre Doença Vascular Periférica e queda anterior da escada ( $p$ -valor=0,009) e obesidade/osteoporose e queda anterior da própria altura, com  $p$ -valor 0,016 e 0,007 respectivamente.

Para Farias (2011), doença venosa periférica abrange uma grande variedade de patologias arteriais e venosas, mas a aterosclerose é a principal causa de lesões obstrutivas nas artérias dos membros inferiores. Inúmeros idosos apresentam anormalidades venosas decorrentes da insuficiência venosa superficial ou profunda, com grande variedades de sintomas. O indivíduo idoso tem maior incidência e prevalência das doenças vasculares periféricas; aproximadamente 10% dos indivíduos acima de 70 anos apresentam claudicação, que é vista em 1 a 2% dos indivíduos abaixo dessa faixa etária.

Para Miranda, Mota e Borges (2010), 69% dos casos de doença arterial dos membros inferiores foram atribuídos aos fatores de riscos cardiovasculares clássicos. O principal determinante da viscosidade sanguínea é o hematócrito e qualquer elevação desta aumenta a resistência ao fluxo podendo piorar a circulação periférica. O sintoma típico é a claudicação intermitente, representada por um desconforto (dor, opressão ou fraqueza) reprodutível de um grupo muscular específico, que é induzido pelo esforço e obriga o indivíduo a parar, melhorando rapidamente com o repouso. A dor geralmente é descrita como sendo um aperto, compressão ou esmagamento. A diminuição da capacidade funcional do grupo muscular atingido predispõe o idoso a quedas, o que pode justificar o resultado encontrado nesta investigação.



Conforme a Tabela 4, mostra que houve uma associação significativa entre a osteoporose e queda da própria altura com ( $p$ -valor=0,007). A Osteoporose é uma desordem esquelética crônica e progressiva, de ordem multifatorial, que acomete as pessoas idosas, tanto homens quanto mulheres e, compõe exemplo de doenças que podem levar o idoso a ter articulações instáveis e dolorosas, podendo resultar em problemas posturais. A mesma tem forte relação com quedas, fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do idoso. Indivíduos com osteoporose podem apresentar alteração postural, distúrbio da marcha e desequilíbrio corporal, o que favorece a ocorrência de queda (ALVARES et al., 2010).

Para Parreira (2010), a presença da osteoporose é um agravante intrínseco decorrente da perda de cálcio no tecido ósseo, devido a alterações hormonais, à inatividade física, alimentação não balanceada, ou uso contínuo de corticosteroides. A coluna cervical quando afetada, pode levar a alteração do eixo corporal e a redução da mobilidade do tronco, ocasionando atrofia e diminuição de força muscular, acrescentando o risco de quedas.

De acordo com Freitas (2011), as fraturas do quadril como resultado das quedas são comuns no idoso, facilitadas pela osteoporose, ocorrendo mesmo com traumas de menor expressão. De todas as fraturas associadas a osteoporose a fratura de extremidade de colo de fêmur é a que apresenta maior consequência na qualidade de vida do idoso, com um índice médio de mortalidade de 30% nos primeiros seis meses após o trauma, e perda da autonomia em 50% dos casos. Prevenção de quedas é uma situação que envolve cuidadores, familiares e profissionais de saúde.

Em relação à enfermagem, considera-se que o risco para quedas representa um diagnóstico de enfermagem, isto é, uma situação que demanda intervenções de enfermagem. Por isso, é importante que os enfermeiros saibam identificar os fatores de risco para a osteoporose, tais como: mulher com menopausa anterior aos 45 anos, gestações múltiplas, baixa ingestão de cálcio ao longo da vida, inatividade física, história de osteoporose familiar e tabagismo. Esse conhecimento dará ao enfermeiro mais condições de realizar orientações adequadas a prevenção da doença que tem como principal consequência a queda (MACIEL, 2010).

Segundo o mesmo autor, a prevenção das fraturas é relevante para o idoso, por isso, deve-se estimular os hábitos da alimentação saudável reforçando a importância do cálcio, principalmente no sexo feminino, coibindo o uso do fumo e álcool. A rotina de atividade repercute positivamente na mobilidade, agilidade, postura, retardando os processos

degenerativos e os fatores de riscos ambientais com retirada de tapetes, lugares molhados, escorregadios e barras de apoio.

A Tabela 4 revelou ainda uma associação significativa entre obesidade e queda da própria altura em idosos, com p-valor igual a 0,016. Corroborando este achado, Silva et al. (2010) referem que a obesidade, embora tratada como uma doença aguda, pode aumentar as chances de quedas em idosos durante atividades diárias. De acordo com Ricci et al. (2010), isso porque o sobrepeso pode causar desequilíbrio postural, uma vez que os obesos apresentam menor amplitude de movimento. Evidências sugerem ainda que o aumento da massa do corpo diminui a estabilidade postural e aumenta as chances de queda, especialmente quando combinada com a baixa massa muscular. O aumento no peso corporal e o acúmulo de gordura nos idosos parecem resultar de uma modificação genética, de mudanças na dieta e nível de atividade física ou a interação desses fatores com o envelhecimento. Medidas preventivas podem ser adotadas a fim de diminuir o índice de massa corporal entre idosos e com isso melhorar a condição de saúde, estabilizar doenças em curso e minimizar o risco de quedas.

Em se tratando dos testes de associação entre os fatores comportamentais (hábitos cotidianos) com a ocorrência anterior de quedas em idosos, a Tabela 5 apresenta os resultados obtidos.

**Tabela 5** - Associação entre local de ocorrência anterior de quedas e fatores comportamentais autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=132).

| Local                 | Fatores comportamentais |                    |              |                 |                   |
|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------|-----------------|-------------------|
|                       | <i>Bebida</i>           | <i>Medicamento</i> | <i>Roupa</i> | <i>Calçados</i> | <i>Acessórios</i> |
| <i>Cama</i>           | 0,687                   | <b>0,027</b>       | 0,687        | 0,563           | 0,842             |
| <i>Cadeira</i>        | 0,801                   | 0,966              | 0,801        | 0,330           | 0,901             |
| <i>Própria altura</i> | 0,340                   | <b>0,000</b>       | 0,340        | <b>0,000</b>    | 0,330             |
| <i>Escada</i>         | <b>0,000</b>            | 0,142              | 0,801        | 0,578           | 0,901             |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Quando realizado o teste de qui-quadrado para averiguar a associação existente entre fatores comportamentais com a ocorrência anterior de quedas, como mostra a Tabela 5, houve significância estatística apenas nas associações entre uso de medicamento e queda anterior da cama (p-valor = 0,027), uso de medicamento/calçados inadequados e queda anterior da própria altura (p-valor = 0,000 e 0,000) e consumo de bebida alcoólica e queda anterior da escada (p = 0,000).

Para Farias (2012), o uso de medicamentos por idosos pode ser considerado como fator de risco para fratura por queda. Isso corrobora o resultado deste estudo, visto que se constatou grande quantidade de medicamentos ingeridos pelos idosos de todas as faixas etárias analisadas, e os que afirmaram já terem sofrido queda faziam uso de medicamentos (diuréticos e anti-hipertensivos). O uso de medicamentos vem sendo responsabilizado pelo risco de quedas e fraturas em idosos, destacando os que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade muscular e/ou provocam hipotensão, como por exemplo, os anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina e beta-bloqueadores que podem provocar tonturas e hipotensão postural, assim como os diuréticos que fazem com que o paciente levante à noite para urinar e facilite as quedas.

Moraes (2010) aponta que o uso de calçado adequado reduz o risco de quedas em idosos. O calçado preferido por eles é o “chinelos de dedos”, sendo este um hábito desenvolvido também durante toda a vida. Além disso, alterações como deformidades das unhas e proeminências ósseas, entre outras impedem o uso de calçado adequado. Os problemas com os pés acontecem com frequência entre os idosos devido ao desgaste natural da estrutura óssea, a falta de uso de calçado adequado, cuidados com as unhas e também às mudanças tróficas devido a insuficiência vascular que levam à dor, alterações na forma, hiperqueratose, úlcera e alterações no padrão normal da marcha.

Conforme Farias (2011), pode-se sugerir que as pessoas idosas usem calçados fechados com sola antiderrapante, com numeração adequada ao tamanho de seus pés, tanto dentro de casa como fora, com salto baixo, solados finos e rijos para aumentar a sensação de estabilidade. Segundo o mesmo autor, apesar do calçado ser considerado um fator extrínseco para quedas, o tipo escolhido pode comprometer o equilíbrio dos idosos, tornando instável a base de sustentação do corpo.

No que concerne o consumo de bebida alcoólica, conforme mostra a Tabela 4, pode influenciar no risco de queda em escada por facilitar a instabilidade postural, verificando que a ocorrência de queda nos idosos teve uma associação significativa com a ingestão de bebida alcoólica (p-valor = 0,000).

Quanto a ingestão excessiva de álcool, Senger et al. (2011) referem que o consumo de duas ou mais doses por dia está associado a risco aumentado de morte por diversas causas, incluindo acidente vascular cerebral, diversos tipos de câncer, cirrose, pancreatite, acidentes, suicídio e homicídio. Os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco, e isso aos poucos poderá gerar um grande problema populacional, já que o número de

idosos no mundo está aumentando. Reduzir ao máximo o uso de álcool, pois pessoas etilistas, tendem a perder muito mais massa óssea.

Segundo os mesmos autores, eles fazem parte de uma classe que apresenta vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos, que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social. O uso de medicamentos por idosos é frequente e tem crescido a cada dia em virtude do aumento da expectativa de vida no Brasil. Algumas dessas drogas, como os anti-hipertensivos associados ao uso de diuréticos, quando administradas, podem provocar efeitos colaterais como tontura e diminuição dos reflexos, podendo ocasionar quedas e consequentes fraturas.

Diante do contexto, esta pesquisa revela a necessidade da atuação na prevenção de quedas em Unidades de Saúde da Família, e nesta, o idoso deve ser cadastrado, identificado como de risco para sofrer quedas, recebendo visitas domiciliares onde sejam trabalhadas a prevenção e recorrência de evento. Barbosa e Nascimento (2010) discorrem que a prevenção de quedas pela enfermagem tanto em Unidades de Saúde quanto em hospitais é uma necessidade, seja por meio de palestras, consultas de enfermagem, grupos de terceira idade, orientação quanto ao ambiente domiciliar e cuidados no período pós-alta hospitalar. Evidencia a necessidade de melhoria na avaliação deste evento, com o investimento na prevenção.

Souza (2012) complementa o raciocínio afirmando que são necessárias modificações ambientais para melhorar a segurança do domicílio como forma de prevenir as quedas, frisando que devem ser passadas pela equipe de saúde, seja na visita domiciliar, na consulta de enfermagem ou em outras atividades.

Ademais, segundo o MS durante a visita domiciliar, o agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe e durante a consulta na Unidade ou visita domiciliar, seja realizada uma avaliação multidimensional, da pessoa idosa incluindo o risco de quedas (BRASIL, 2010). Diante do contexto, nota-se a necessidade da realização de visita domiciliar por profissionais da ESF, para análise de risco de quedas e recomendações para a adaptação no domicílio do idoso. Sugere-se que neste momento o profissional possa avaliar os idosos em relação aos fatores intrínsecos e/ou extrínsecos de quedas.

## 6 Considerações Finais

---

Tendo em vista a magnitude e a relevância da avaliação do risco de quedas em idosos, realizou-se um estudo de campo de natureza observacional descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de avaliar o risco de quedas em idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB. Dessa forma, a investigação torna-se importante para a saúde pública devido ao elevado índice de exposição aos fatores de riscos associados a quedas aos quais os idosos estão expostos no referido município.

Os resultados mais significativos no que concerne a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra revelam que grande parte dos idosos entrevistados é do sexo feminino (61,4%), seguindo a tendência mundial da feminização do envelhecimento. Quanto a faixa etária, possuem entre 60 a 99 anos, com maior expressividade àquela entre 70 e 79 anos (44,7%). Com relação a variável escolaridade a maioria dos participantes não é alfabetizada (56,1%). Em se tratando do estado civil, houve predominância de idosos casados (56,8%), mas a soma daqueles que não possuem companheiros (solteiro, divorciado, separado e viúvo) representam 43,1%. No que diz respeito à renda familiar, 91,7% possuem renda de 2 a 3 salários mínimos. Quanto ao número de moradores do domicílio, este varia entre 1 e 8 pessoas. Com relação a variável presença de cuidador, 86,6% dos idosos verbalizaram sua existência no âmbito domiciliar, tendo uma representatividade positiva na redução do risco para quedas em idosos na população estudada, sendo a maior parte destes representados pelos cônjuges e filhos com um percentual de 25,8% cada.

A exposição de idosos a fatores de risco para quedas mostrou significativa ocorrência nas duas dimensões, sendo a tontura/vertigem o motivo mais evidente dentre àqueles intrínsecos, apontado por 73,3% dos participantes. Quanto aos fatores extrínsecos, estes foram mencionados com mais expressividade, sendo os pisos irregulares referido por 94,7% dos idosos, degraus ou desnível no piso por 85,5% e banheiro sem apoio/barra por 99,2%. Considerando que a participação dos fatores ambientais tem importante colaboração na elevada ocorrência de quedas em idosos emerge a necessidade de intervenções à nível de prevenção primária por parte da equipe de saúde da família, em particular do enfermeiro, assegurando ambientes mais saudáveis e com menores possibilidades de quedas, sobretudo àquelas da própria altura, que neste estudo destacaram-se com uma ocorrência de 51,5%.

Dentre as 72 hipóteses testadas estatisticamente, houve associação significativa entre a ocorrência anterior de quedas e problemas de saúde como doença vascular periférica ( $p=0,009$ ), obesidade ( $p=0,016$ ) e osteoporose ( $p=0,007$ ); e entre a ocorrência anterior de

quedas e fatores comportamentais como consumo de bebida alcoólica ( $p=0,000$ ), uso de medicamentos ( $p=0,027/p=0,000$ ) e uso calçados inadequados ( $p=0,000$ ). Esses fatores, portanto, consideram-se os principais fatores de risco de queda conforme a avaliação realizada junto aos idosos.

Modificações simples podem reduzir o risco de queda. Para isso, os profissionais devem focar na prevenção, traçando estratégias que diminuam os riscos domiciliares, com adaptações voltadas para as reais necessidades do idoso, proporcionando um ambiente seguro dentro do domicílio, como pisos secos, antiderrapantes, banheiros com barras de apoio, possibilitando ao idoso viver com independência, autonomia e dignidade. A revisão periódica do uso de medicamentos, o incentivo ao uso de sapatos adequados, a restrição do consumo de bebidas alcoólicas, a orientação para uma alimentação adequada e para a prática de exercícios físicos regulares, contribuindo assim, de maneira significativa na prevenção de quedas nesta população.

Desta forma, a prática da enfermagem na atenção primária é de extrema importância, por conhecer o contexto de vida e por estar perto das dificuldades enfrentadas pela população idosa, podendo colaborar para implantação de medidas que possam restringir os riscos de queda e melhorar a qualidade de vida deste segmento populacional. É importante, pois, uma articulação eficiente entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do Programa Melhor em Casa para assim assegurar uma atenção qualificada aos idosos, cuidadores e familiares, maximizando a capacidade quanto à compreensão dos mecanismos protetores e preventivos para a ocorrência de quedas.

## Referências

---



ALVARENGA, M. R. M. et. al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.5, p.2603-11, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>. Acessado em: 12 maio/2014.

AMENDOLA, F. **Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes**. Tese de doutorado, v. 22, p. 34-36, 2012. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25052012-093437/pt-br.php>. Acesso em: 18 de abril/2014.

ALVARES, L.M.; LIMA, R.C.; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2010. V. 26, n.1, p. 31-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/04.pdf>. Acesso em: 11 de agosto/2014.

BIAZUS, M; BALBINOT N; WIBELINGER, L. M. **Avaliação do risco de quedas em idosos**. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Carolina/Downloads/374-5344-2-PB.pdf>. Acessado em: 10 de abril/2014.

BORGES, P.S.; MARINHO, L E. N.; MASCARENHAS, C. H. M. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13 n.1, p. 41-50. 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 13 de maio/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba.2010>. Acesso: 22 jun 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2012. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v14s1/a10v14s1.pdf>. Acesso em: 22 maio/2014.

BRASIL. Revista dos Direitos da Pessoa Idosa: **O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil**. Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos. Brasília/DF, 2011. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista\\_DireitosPessoa\\_Idosa.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista_DireitosPessoa_Idosa.pdf). Acesso em: 15 mar/2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica-** Brasília: MS 2006.

BRASIL. lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L741.htm). Acesso em 09 maio 2014.

BARBOSA, M. L. J.; NASCIMENTO, E. F.A. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em um hospital geral de Taubaté. **Rev. Biociências**, v.7, n.1, p.35-42. 2010. Disponível em: <http://periódicos.unitu.br/ojs2.2:/index.php/biociencias:/article/viewFile:/76/53>:Acesso em: 23 maio 2014.

CALDAS C.P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.18,n. 12, p.34-95, 2013. Disponível em: [http://www.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=12271](http://www.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12271). Acesso em: 17 jun/2014.

CHIANCA. T. C. M; ANDRADE C. R; ALBURQUERQUE. J. et.al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte MG, **Rev Bras Enferm, Brasília**; v. 66, n.2, p.234-40. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/13.pdf>. Acesso em: 22 de jun/2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

CORREA, A. D. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital. **Rev.Esc.Enferm**. v.46, n.1, p.67-74, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>. Acessado em jun 2014.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 138-46, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br>. Acesso em: 13 agosto de 2014.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.3, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a25.pdf>> Acesso em: 04 março 2014.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Rev Texto contexto - enferm**.v.21, n.1, p. 167-76, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>. Acesso em: 14 de mar/2014.

FREITAS MS, QUEIROZ TA, SOUSA JAV. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos.** Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):407-12

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP** v. 46, n,6, p.1494-1502, 2012. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp). Acesso: 24 mar 2014.

FREITAS M. C; QUEIROZ T.A; SOUSA J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.407-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>. Acesso em: 24 maio/2014

FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GAI, J.; GOMES, L. et al. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. **Rev. Med. Assoc Bras**, v. 56, n.3, p. 327-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a19.pdf>. Acesso em: 14 agosto/2014.

GÓIS, A. L. B; VERAS, R. P. **Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil.** V.15, n.6, p. 28-59 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a23v15n6.pdf>. Acesso em: 06 de maio/2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Senso Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos.** 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 4 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Infográficos da cidade de Cuité – PB, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250510>> Acesso em: 02 agosto.

KIKUCHI, L. E.; FILHO, W. J. **Geriatria e Gerontologia básicas.** 2º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica.** 5 ed. - São Paulo: Atlas 2008.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde soc**, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>. Acesso em: 15 de jun/2014.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo**, 2011. 121.f. Tese. Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.Teses.usp.br/teses>. Acesso em: 26 de mar/2014.

MACIEL, V.S.S.S. et al. Perfil Epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informação Sobre Mortalidade. **Revista AMRIGS**. v.54, n.1,p.25-31,2010. Disponível em: [http://amrigs.com.br/revista/54-01/09-470\\_perfil\\_epidemiologico.pdf](http://amrigs.com.br/revista/54-01/09-470_perfil_epidemiologico.pdf). Acesso em: 25 jun/2014.

MARIN, M. J. S; CECÍLIO, L. C. de O; RODRIGUES, L. C. R; RICCI, F. A. DRUZIAN, S. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 2008. Disponível em: Acesso em: 02 de jul. de 2010.

MENDONÇA, M. P.; SQUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. **Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 99-115, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Carolina/Downloads/11437-66453-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2014.

MESQUITA, R.A.V. et al. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento e Velhice. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v.3, p.1614-1620 . Rio de Janeiro Guanabara Koogan.2011

MIRANDA, R. V.; MOTA, V. P.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em idosos: Identificando fatores de riscos e meios de prevenção. **Revista. Enfermagem integrada – Ipatinga**:v.3, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada.pdf>. Acesso em: 15 agosto/2014

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**; 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 26 abril/2014

MORAES, E.N. **Avaliação multidimensional do idoso: a consulta dos idosos e os instrumentos de rastreio**. Belo Horizonte, 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriátrica**, v. 13, n. 1, 2010, p. 83-91. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a09.pdf>. Acesso em: 11 agosto/2014.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.723-730, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a19.pdf>. Acesso em: 13 maio/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Moraes, E.N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília (DF):** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org.pdf>. Acesso em: 05 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br>. Acesso em jun /2014.

PARREIRA, J. G.; SOLDA, S. S.; PERLINGEIRO, J. G. et.al Análise Comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 56, p.541-6.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a14.pdf>. Acesso em: 10 de maio/2014.

PARREIRA, J.G; VIANNA, A.M.F; CARDOSO, G.S; KARAKHANIAN, W.Z; CALIL, D. PERLINGERO, J.A.G. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. **Rev.Assoc.Med Bras**, v.56, n.p. 660-4.2010.

PERES, M. A.D. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado**. Brasília, v. 26, n. 3,2011. Disponível em:<http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 agosto, 2014.

PINHEIRO M.M. et al. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adulto. **Rev Bras Reumatol**. v.50, n .2, p.113-27, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n2/v50n2a02.pdf>. Acesso em: 14 de mar/2014.

REZENDE C. P.; GAEDE-CARRILLOL, M. R.G; SEBASTIÃO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.12.p.2223-2235, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v28n12/02.pdf>. Acesso em 09 de abril/2014.

Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466\2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Brasília], DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 agosto 2014.

RICCI, A. et al. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Soc**, v.19, n. 4, p. 898-909, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/16.pdf>. Acesso em: 13 agosto/2014.

RIZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf>. Acesso em: 26 jun/2014.

ROCHA, A. C. A. L. **A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a16.pdf>. Acesso em: 02 de maio/2014.

RODRIGUES, J. **Idosos vítimas de trauma: uma proposta de predição de riscos**. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/17.pdf>. Acesso em: 04 de jun/2014.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade dados do estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**. Campinas (SP), v. 17, n.8, p.21-30.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>. Acesso em jun/2014.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: Análise de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2012. V. 46, n. 46, p. 1400-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/17.pdf>. Acesso em: 16 de agosto/2014.

RODRIGUES, C. G. **Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050**. 2010. 249f. Tese (Doutorado em Demografia) – CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ. **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica**. Cuité – PB: DATASUS, 2014.

SMELTZER, C.S.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; v.1 e v.2. 2010.

SAMARITANO; SOCIEDADE; HOSPITAL. **Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas**. São Paulo, 2013.

SOUZA, J.A. Quedas em idosos na Região Urbana de Antônio Dias: Causas e consequências. **Rev. Enfermagem integrada-Itpatinga:Unileste**, v.,5, n.2, 2012. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5\\_2/01-quedas-idosos-regiao-urbana-antonio-dias-causas-e-consequencias.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/01-quedas-idosos-regiao-urbana-antonio-dias-causas-e-consequencias.pdf). Acesso em: 13 de abril/2014.

SILVA, M. C. B. **O idoso e os desafios à sua educação escolar**, 2013. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario.pdf>. Acesso em: 13 de agosto,2014.

SENGER, A.E.V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Res. Bras. Geriatr. Gerontol**; Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.713-719, .2011. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 maio/2014.

TOLEDO, D.R; BARELA, J.A. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. **Rev Bras Fisioter**. v.14,n.3, p.267-75,2010. Disponível em: <http://www.scielo.br.pdf>. Acesso em: 03 de maio/2014.

VARA, M. **O olhar do gerontólogo. Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos**. Portugal, p. 65-76,2012.





## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Avaliação do risco de quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família” e está sendo desenvolvida pela aluna Maria Josenilda Félix Sousa Antunes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujo objetivo geral é: Avaliar o risco de quedas em idosos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-PB; e os específicos são: Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos idosos participantes do Estudo; Verificar a frequência de quedas em idosos; e Identificar a prevalência de fatores de risco para quedas no ambiente de vivência dos idosos.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer e avaliar, sobretudo, os fatores extrínsecos e intrínsecos que contribuem para ocorrência de queda em idosos e assim desenvolver ações para a prevenção desses eventos. A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende trazer contribuições significativas para a saúde deste segmento populacional a partir da melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde da família. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS.

Os dados serão coletados através de questionários com perguntas de fácil compreensão. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

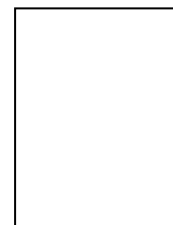
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2014.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do CEP avaliador da pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande - PB. Telefone: (83) 2101-5545.

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### \* Dados pessoais

|   |
|---|
| Idade: _____ (anos completos)   |
| Sexo:<br>(1) Masculino (2) Feminino   |
| Qual seu estado civil<br>(1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a) (4) Separado (a) Viúvo (a)<br>(6) Outro: _____ (99) NS NR   |
| Quantas pessoas moram na sua casa atualmente, incluindo o Sr. (a):<br>Nº de pessoas: _____  |
| Com quem o Sr. (a) mora:<br>Sozinho<br>(1) Somente com o cônjuge<br>(2) Cônjuge e filho (s)<br>(3) Cônjuge, filhos, genro ou nora<br>(4) Somente com o (s) filho (s)<br>(5) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)<br>(6) Arranjos intrageracionais (Somente com outros idosos)<br>(7) Somente com os netos (sem filhos)<br>(8) Não familiares<br>(9) Outros (especifique) _____<br>(99) NS NR |
| O Sr. (a) tem cuidador<br>Sim (2) Não   |
| Quem é seu cuidador<br>(1) Cônjuge<br>(2) Cônjuge e filho (s)<br>(3) Cônjuge, filhos (s), genro ou nora<br>(4) Somente o (s) filho (s)<br>(5) Outro idoso<br>(6) Cuidador particular<br>(7) Outros (especifique) _____  |

#### \* Perfil Social

|   |
|---|
| a) O Sr. (a) sabe ler e escrever<br>(a) Sim (2) Não (3) NS NR   |
| b) Escolaridade: Quantos anos o Sr. (a) frequentou a escola<br>Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0") |
| Qual é a renda mensal em Reais:<br>Família (incluir idoso): _____<br>(99) NS NR                           |

#### \* Problemas de saúde

|   |
|---|
| O Sr. (a) no momento apresenta alguns destes problemas de saúde |
| a) Anemia: Sim ( ) ( ) Não (99) NSNR                            |
| b) Osteoartrite artrose: Sim ( ) Não ( ) (99) NSNR              |

- c) Audição Prejudicada: Sim ( ) Não ( ) (99) NSNR  
d) Diabetes Mellitus: Sim ( ) Não ( ) (99) NSNR  
e) Depressão: Sim ( ) Não ( ) (99) NSNR  
f) Doença Cardíaca: Sim ( ) Não ( ) NSNR  
g) Doença vascular periférica: Sim ( ) Não ( ) NSNR ( )  
h) Doença neurológica Parkinson Esclerose: Sim ( ) Não ( ) NSNR (99)  
i) Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( ) NSNR ( )  
J) Incontinência Urinária: Sim ( ) Não ( ) NSNR (99)  
l) Obesidade: Sim ( ) Não ( ) NSNR (99)  
m) Osteoporose: Sim ( ) Não ( ) NSNR (99)  
n) Visão Prejudicada: Sim ( ) Não ( ) NSNR (99)

### \* Risco de quedas

|   |
|---|
| <p>1 - Quedas anteriores</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>O Sr. (a) caiu da:</p> <p>a) Cama: _____ b) Cadeira ou poltrona: _____ c) Própria Altura: _____<br/> d) Árvore: _____ e) Escada: _____ f) Telhado: _____<br/> g) Outro. Qual _____</p>   |
| <p>2 – Na última vez que caiu o Sr. (a) fez usos de bebida alcoólica, pouco antes da queda<br/> (0) Não (1) Sim (99)NSNR</p>  |
| <p>3 – Antes do Sr. (a) cair, usava algum medicamento<br/> (0) Não (1) Sim (99) NSNR</p>  |
| <p>5 – No momento da queda o Sr. (a) estava com:</p> <p>a) Roupas longas que atrapalhava a marcha: _____<br/> b) Calçados inadequados: _____<br/> c) Acessórios de apoio (bengala, andador): _____<br/> d) Outra. Qual _____</p>  |
| <p>Fatores Intrínsecos</p>  |
| <p>6 – O (a) Sr. (a) apresenta:</p> <p>a) Dificuldade para caminhar: _____<br/> b) Alterações de equilíbrio: _____<br/> c) Fraqueza Muscular: _____<br/> d) Tontura vertigem: _____<br/> e) Hipotensão postural: _____<br/> f) Desmaio: _____<br/> g) Outra. Qual _____</p>   |
| <p>Fatores Extrínsecos</p>  |
| <p>7 – Qual dessas características o (a) Senhor (a) identifica em sua casa ou nos lugares que frequenta habitualmente:</p> <p>h) Falta de iluminação adequada no domicílio: _____<br/> i) Tapetes soltos: _____<br/> j) Pisos irregulares ou com buracos: _____<br/> l) Degrau alto ou desnível no piso: _____<br/> m) Objetos no chão: _____<br/> n) Animais domésticos: _____<br/> o) Escadaria sem corrimão: _____<br/> p) Banheiro sem apoio barra: _____<br/> q) Outra. Qual _____</p> |

## APÊNDICE C

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Avaliação do risco de quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família”, no mês de maio de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Maria Josenilda Félix Sousa Antunes – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 17 de março de 2014.

---

**Joseane da Rocha Dantas Cavalcante**  
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família  
Cuité – PB

## APÊNDICE D

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “**Avaliação do risco de quedas em idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família**” somente serão divulgados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo garantidos os créditos da publicação aos autores responsáveis. Ademais, declaro garantir ainda que os resultados desta pesquisa também serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 20 de maio de 2014.

---

**Prof. Matheus Figueiredo Nogueira**  
(Pesquisador responsável)

