



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL (MECS)

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS

**“AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO
BRANCO/AC.”**

RIO BRANCO

2018

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS

**“AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO
BRANCO/AC.”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Cirley Maria de O. Lobato

RIO BRANCO

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

C198a Campos, Kátia Constância Ferrão, 1981-
Avaliação de risco de quedas nos idosos cadastrados em uma
unidade de saúde da família do Conjunto Universitário / Kátia Constância
Ferrão Campos. – 2018.
121 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Branco, 2018.

Inclui referências bibliográficas e anexos.

Orientadora: Profª. Drª. Cirley Maria de Oliveira Lobato.

1. Idosos. 2. Idosos – Cuidados médicos. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD: 613

Bibliotecária: Alanna Santos Figueiredo CRB-11º/1003

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS

“AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO BRANCO/AC.”

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre - UFAC:

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 16 DE MARÇO DE 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr (a) Cirley Maria de Oliveira Lobato (Presidente)

Universidade Federal do Acre - UFAC

Prof. Dr(a) Carolina Pontes Soares (Membro Externo)

Faculdade Barão do Rio Branco - UNINORTE

Prof. Dr. Orivaldo Florêncio de Souza (Membro Interno)

Universidade Federal do Acre – UFAC

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECs para o formato da Dissertação foram contempladas.

Prof. Dr(a) Cirley Maria de Oliveira Lobato

Universidade Federal do Acre - UFAC

Rio Branco – AC

2018

DEDICATÓRIA

*“A **DEUS** por me fortalecer quando estava sem forças para continuar. “ Antecipo-me ao alvorecer do dia e clamo; na tua palavra, espero confiante”. Sl 119.146 ”.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Em primeiro lugar, agradeço ao Senhor Jesus, por me conceder a vida, saúde e forças para enfrentar os obstáculos e poder estar escrevendo nesse momento. Mais um sucesso alcançado na fé e na confiança em tua palavra.

Aos meus pais, Ivani Constância Ferrão e Aluizio Meira Ferrão, meu irmão, Diógenes, pelas orações, palavras de incentivo e por sempre acreditarem no meu potencial.

Ao meu esposo Thales Campos, por seu companheirismo e amizade, por incentivar meu crescimento e me apoiar. Brigada por ser meu alicerce. Essa conquista é nossa.

A minha filha, Luísa Campos, minha Lulu, por entender minha ausência e ser minha fã.

Aos meus pacientes idosos e seus familiares que me receberam em suas casas se dispondo a colaborar com esta pesquisa. A vocês meu muito Obrigada.

À professora Cirley Maria de Oliveira Lobato por ter sido mais que uma orientadora, foi uma mãe. Com sua sabedoria me conduziu nesse árduo caminho que trilhamos para que juntas possamos desfrutar dessa conquista. A você minha gratidão por toda paciência e confiança. Você é um exemplo de profissional, competência e humanidade.

Aos meus alunos, Ana Flávia Lemos, Sandino Magalhães, André Labat pela confiança em acreditar nessa pesquisa e foi um orgulho ter sido orientadora de vocês e termos três artigos frutos dessa pesquisa.

Aos meus residentes, Alexandre Gomes de Lima, Rodrigo Dourado e Pilar Melgado, agradeço pelo apoio nos dois anos do mestrado e por sempre me auxiliarem nas minhas ausências na unidade de saúde e com meus alunos.

Agradeço ao coordenador da USF Nímio Insfram, meu parceiro, amigo e membro desta pesquisa por seu apoio e compreensão nas ausências nesses dois anos.

As minhas orientandas da Nutrição, Blenda e Winnie, pela confiança neste projeto e por ter desempenhado com tanto cuidado e competência a coleta de dados.

As minhas amigas de mestrado, Vanessa Cardoso, Quiria Ribeiro, Deborah Tognari, Daniela Neves, Maithê Leite, Ruth Lima, Jaqueline Valente, pela amizade e estudos de pesquisa e para provas. Estamos formando.

Aos meus amigos acreanos que são minha família nesse estado que fazem parte da minha vida e da minha trajetória. Que vibram junto em cada conquista. Brigada pelo carinho, amizade, torcida e ajuda sempre que precisei.

Agradeço as pessoas que colaboraram para realização deste projeto, cada um com sua contribuição, quer seja com sugestões, coleta de dados, troca de idéias e sugestões para melhorar. Minha amiga, Katiuscia Larsen, sempre trocando idéias e compartilhando experiências do seu doutorado, e minha parceira e amiga Milagros Clavijo, por ser essa incentivadora na busca de pesquisas na área do envelhecimento.

“ A mente que se abre a uma nova idéia jamais volta ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

RESUMO

Introdução: As condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, tem sofrido grandes mudanças principalmente na estrutura demográfica, acarretando um crescimento da população idosa. Sabe-se que hoje há no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; que, em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos. No Brasil, as unidades básicas de saúde são a porta de entrada dos pacientes idosos. O evento queda envolve uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais). O Ministério da Saúde considera a queda em idosos um importante problema de saúde pública, dada sua alta incidência e suas consequências na qualidade de vida – lesão, incapacidade, institucionalização, depressão e morte. Assim, é de fundamental importância identificar os fatores de risco, com a finalidade de desenvolver intervenções eficazes para o planejamento de ações preventivas. **Objetivos:** Avaliar o risco de quedas dos idosos cadastrados na Unidade de saúde da Família Nímio Insfran – Rio Branco/AC , no período de janeiro a março de 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal realizado com os idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família Nímio Insfran. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e o Teste *Time Up Go*, realizados durante visitas domiciliares pelos membros do projeto. A análise dos dados foi realizado no Programa SPSS 20.0, feito Média, Mediana e Desvio Padrão e realizado análise do Teste do Qui-quadrado. **Resultados e Discussão:** A idade média dos idosos foi 69,77 anos ($DP \pm 8$ anos) mediana de 67 anos com predomínio do sexo feminino (65,6%). A faixa etária dos idosos jovem (60 aos 74 anos) foi apresentou maior número de quedas (73,1%). A Hipertensão Arterial foi a doença crônica (37,5%) mais frequente e o somatório dos pacientes portadores de mais de uma doença (27,5%). A média de quedas na população idosa foi de 3,04, ($DP \pm 1,58$) e a mediana de 4,00. O histórico de quedas foi relatado em 49,4% (79/160) dos pacientes idosos com predomínio do sexo feminino (36,2%; $p=0,04$) e na faixa etária de 60 a 74 anos (67,1%; $P=0,001$). A prevalência de quedas nos últimos 12 meses, foi de 58,2% ($p=0,02$). E desses, pelo menos 1 queda nos últimos 12 meses (48,1%) foi relatado ($p=0,01$). 51,2% dos idosos caídoes não possuem conjuge

($p=0,003$), 67% residiam em domicílios com fatores de riscos estruturais e não estruturais. Em relação, ao desempenho no Teste do Time Up Go, os idosos com história de quedas apresentaram Baixo risco e estavam principalmente faixa etária dos idosos jovens (60,8%; $p=0,001$). **Conclusão:** verificou-se que os idosos participantes da pesquisa teve predomínio de idosos pertencentes ao gênero feminino, na faixa etária 60 a 74 anos, com conjuge e moradores do Universitário 3. Houve uma alta prevalência de quedas e sendo as idosas jovens, com maior risco de cair. Os idosos caidores relataram presença de quedas nos últimos 12 meses, de pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período. Os fatores de risco para quedas com maior ocorrência foi os fatores extrínsecos, como as características do domicílio dos idosos caidores apresentarem uma associação de fatores estruturais e não-estruturais. Verificou-se que ser um idoso jovem, ativo e funcional tem maior risco de cair porque realiza atividades de forma independente. Este fato foi fortalecido com o resultado do desempenho do teste de mobilidade. O idoso jovem teve desempenho com predomínio de Baixo risco, sendo estes idosos com maior prevalência de quedas no presente estudo. Diante desses resultados é necessário planejar ações de educação em saúde voltadas para diminuir o risco de quedas, concientizar a comunidade do Conjunto Universitário dos fatores de riscos e promover estratégias de apoio a Saúde dessa população idosa.

Palavras-Chaves: risco de quedas, idosos da comunidade, saúde do idoso

ABSTRACT

Introduction: The socioeconomic and health conditions of the world population have undergone major changes mainly in the demographic structure, leading to a growth of the elderly population. It is known that today there are in Brazil approximately 20 million people with age equal or superior to 60 (sixty) years; which in 2025, this number will reach 32 million, occupying the 6th place in the world in number of elderly people. In Brazil, basic health units are the gateway for elderly patients. The fall event involves an interaction between intrinsic (those related to the individual) and extrinsic factors (those associated with environmental characteristics). The Ministry of Health considers the fall in the elderly an important public health problem, given its high incidence and its consequences on the quality of life - injury, incapacity, institutionalization, depression and death. Thus, it is of fundamental importance to identify the risk factors, with the purpose of developing effective interventions for the planning of preventive actions. **Objectives:** To evaluate the risk of falls of the elderly enrolled in the Health Unit of the Insim Family - Rio Branco / AC, from January to March, 2017. **Methodology:** This is a cross-sectional epidemiological study carried out with the elderly enrolled in the Family Health Unit. A sociodemographic questionnaire and the Time Up Go Test were carried out during home visits by project members. The data analysis was performed in the SPSS 20.0 Program, done Average, Median and Standard Deviation and verified analysis of the Chi-square test. **RESULTS AND DISCUSSION:** The mean age of the elderly was 69.77 years (SD \pm 8 years) median of 67 years, with a predominance of females (65.6%). The age group of the elderly (60-74 years old) presented a greater number of falls (73.1%). Arterial Hypertension was the most frequent chronic disease (37.5%) and the sum of patients with more than one disease (27.5%). The mean number of falls in the elderly population was 3.04 (SD \pm 1.58) and the median was 4.00. The history of falls was reported in 49.4% (79/160) of elderly patients with a predominance of females (36.2%, $p = 0.04$) and in the age group of 60-74 years (67.1% ; $P = 0.001$), The prevalence of falls in the last 12 months was 58.2% ($p = 0.02$). And of these, at least 1 decrease in the last 12 months (48.1%) was reported ($p = 0.01$). 51.2% of the elderly caidores had no spouse ($p = 0.003$), 67% lived in households with structural and non-structural risk factors. In relation to the performance in the Time Up Go Test, the elderly with a history of falls presented low risk

and were mainly in the elderly (60.8%, $p = 0.001$). Conclusion: it was verified that the elderly participants of the research had a predominance of elderly women belonging to the female gender, in the age group 60 to 74 years, with spouse and residents of University 3. There was a high prevalence of falls and the young women, risk of falling. The elderly caidores reported presence of falls in the last 12 months, of at least 2 episodes of falls in the same period. The risk factors for falls with higher occurrence were the extrinsic factors, as the characteristics of the home of the elderly caidores present an association of structural and non-structural factors. It has been found that being a young, active and functional elder is at greater risk of falling because he or she performs activities independently. This fact has been strengthened with the result of the mobility test performance. The elderly had performance with a predominance of Low risk, being these elderly with a higher prevalence of falls in the present study. In view of these results, it is necessary to plan health education actions aimed at reducing the risk of falls, raising awareness among the community of the risk factors and promoting strategies to support the health of this elderly population.

Key words: risk of falls, community elderly, elderly health

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Perfil Sociodemográficos dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram, Conforme o sexo, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 32 |
| Tabela 2 – Análise dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas segundo a Faixa Etária, Presença de Quedas nos Últimos 12 meses e Quantidade de quedas nos últimos 12 meses, conforme o Sexo, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 33 |
| Tabela 3 – Distribuição dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram segundo o Sexo e as Doenças crônicas, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 34 |
| Tabela 4 – Análise Comparativa da Caracterização Domiciliar dos idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 35 |
| Tabela 5 – Análise Comparativa da Caracterização Clínica dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 36 |
| Tabela 6 –Análise Comparativa dos Resultados do Teste Time UP Go dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram conforme Sexo, Faixa Etária, Comorbidades, Uso de Medicação, Quedas nos últimos 12 meses e Quantidade de Quedas nos Últimos 12 meses, no Período de Janeiro a Março de 2017..... | 37 |

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2. OBJETIVOS..... | 27 |
| 2.1 PRIMÁRIO..... | 27 |
| 2.2 SECUNDÁRIOS..... | 27 |
| 4. METODOLOGIA | 28 |
| 5. RESULTADOS | 32 |
| 6. DISCUSSÃO..... | 39 |
| 6.1 Caracterização socio-demográfica | 39 |
| 6.2 Caracterização quedas e dos fatores de risco..... | 40 |
| 6.3 Caracterização do resultado da avaliação do risco de quedas com aplicação do Teste Time Up Go..... | 44 |
| 6.4 Estratégias Propostas..... | 46 |
| 7 CONCLUSÃO | 48 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| 9. ANEXOS..... | 55 |
| 9.1 QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E TESTE TIME UP GO | 55 |
| 9.2 TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 58 |
| 9.3 Parecer de aprovação do projeto – Comitê de Ética e Pesquisa | 60 |
| 9.4 Artigos..... | 62 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, tem sofrido grandes transformações principalmente na estrutura demográfica, acarretando um crescimento da população idosa. Este crescimento traz repercussões tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento que não estão preparados para o envelhecimento de sua população e que acarretará em aumento da demanda de atendimentos à saúde¹.

Surge, então, um problema com a assistência à saúde dos idosos, pois eles representam um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, despertando o interesse para o tema envelhecimento².

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho, a que estiveram submetidas as pessoas idosas³. O envelhecimento humano é um processo gradual e irreversível do declínio das funções fisiológicas, não resultando na incapacidade funcional, porém, com o envelhecer o indivíduo aumenta a probabilidade de ocorrer lesões provocadas por acidentes^{4,5,46}.

No Brasil, há aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; estima-se que em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos; e, em 2050, terá mais pessoas idosas que o de crianças e jovens de 0 a 15 anos. O impacto dessa mudança demográfica é imenso; e com um grande desafio para os países⁴. A população vivencia um processo de transição que traz repercussões tanto para sociedade, quanto para o sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, pois não estão preparados para o atendimento frente ao envelhecimento^{4,39}.

Quanto ao conceito de idoso, existe vários critérios que o definem, temos a idade cronológica como um dos critérios, muito adotado pelos pesquisadores quando se referem ao tema envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso, todo indivíduo com 60 anos ou mais se ele residir em países de desenvolvimento, e de 65 anos ou mais no caso de países desenvolvidos⁵.

No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso é considerado idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos⁴. Quanto a idade cronológica, o idoso pode ser classificado como: idoso jovem, com idade entre 64 a 74 anos; idoso idoso ou idoso mediano, com idade entre 75 a 84 anos; e o idoso mais *idoso*, com idade igual ou superior a 85 anos⁶.

O envelhecimento é um assunto que faz parte da realidade das famílias do Brasil e do mundo, antes tratado como um fenômeno, hoje como o futuro. Esse envelhecimento não se refere a indivíduos ou gerações, mas, a mudança da estrutura etária da população, produzindo um aumento do número de indivíduos de idade avançada, definidora do início da velhice⁷. Não devemos limitar o envelhecimento a idade cronológica, mesmo que esta tenha sido utilizada como definidora de idade nas

pesquisas sobre o assunto. Pois é necessário abordar as idades biológica, social e psicológica, que, muitas vezes não coincidem com a cronológica⁸.

A idade biológica são modificações físicas e biológicas, que ocorre nos indivíduos de uma sociedade nem sempre da mesma forma. A psicológica são mudanças afetivas e cognitivas que ocorrem com o passar do tempo. E idade social, é o idoso como cidadão em diferentes ações sociais que o paciente idoso desempenha dentro da sociedade.

Saber diferenciar senescência de senilidade é essencial quando falamos sobre envelhecimento. A senescência é o resultado de modificações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, enquanto senilidade são as mudanças por afecções que acometem o idoso, por exemplo: acidentes, patologias ou desequilíbrio emocional, que pode determinar uma condição patológica que limite a capacidade funcional, levando a uma condição de fragilidade que necessite de assistência⁹.

Assim, diferenciar a senescência e senilidade não é fácil, pois, o indivíduo idoso apresenta peculiaridades na manifestação de seus sintomas^{35, 50}.

O envelhecimento já traz consequências e limitação da capacidade funcional, que podem ser amenizadas pelo acompanhamento de uma equipe de profissionais de saúde e pelo cuidado que o idoso tem pelo seu bem-estar, por uma vontade de viver com qualidade de vida.

1.2 TRANSIÇÃO DEMOGRAFICA E EPIDEMIOLOGICA

O termo transição demográfica refere-se “ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores”¹⁰.

Três fatores resultaram na atual transição demográfica do Brasil, que é importante ter o conhecimento, são eles: queda da taxa de natalidade e fecundidade,

diminuição da taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida. E como consequência desses fatores, ocorre o aumento relativo da população idosa^{10,35}.

A transição demográfica possui suas origens nas transformações econômico-sociais; e também as grandes inovações científico-tecnológicas e ao melhor acesso das condições de vida da população, acarretando melhora nos indicadores de saúde. Assim, o Brasil permeia no rápido crescimento da população idosa que causara um importante impacto em toda a sociedade, principalmente no atendimento dos serviços de saúde. Vale ressaltar, que esses serviços não possuem infraestrutura adequada, ineficiência dos programas específicos para saúde do idoso e recursos humanos sem nenhum preparo no cuidado e no manejo desses pacientes¹¹.

A definição de transição epidemiológica é “uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente por declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas”¹⁰. Este processo engloba três mudanças básicas: a substituição, dentre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante¹².

Existe uma correlação direta entre os processos de transição da estrutura etária e epidemiológica. Com a diminuição da mortalidade que se concentra em processos infecciosos em pessoas jovens, estes começam a adquirir fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, e com o aumento da população idosa e da expectativa de vida, aparecem as complicações advindas do envelhecimento. Assim, o perfil de saúde se modifica, doenças agudas com resolutividade rápida em detrimento das doenças crônicas e de suas complicações, que acarreta em sobrecarga dos serviços de saúde¹³.

1.3 ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE DO IDOSO

Nas últimas décadas, o Brasil tem trabalhado no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis complementares, e exercendo na prática de atenção à saúde os princípios

que fortalecem o SUS, tais como: Universalidade, Integralidade, Descentralização e a participação popular^{9,36}. Porém, ainda observamos o modelo assistencial predominando na prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a utilização de recursos tecnológicos de forma irracional, com elevados custo e baixa resolutividade dos problemas de saúde. Tais problemas geram insatisfação de gestores, profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. O grande desafio para o sistema é a elaboração de uma proposta para fortalecimento da atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares.

Dessa forma, no ano de 1994, o Ministério da Saúde assumiu a implementação da Estratégia de Saúde da Família, sendo uma proposta visando a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação junto à comunidade e entre os diversos níveis de complexidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) enfatiza o trabalho dos profissionais de saúde voltado para um atendimento integral e longitudinal de todos os membros das famílias cadastradas na Unidade de saúde, e acompanhando cada fase do ciclo de vida de cada integrante, em seu contexto familiar, social e comunitário.

No Brasil, em dezembro de 1999, o Sr. Ministro da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como, a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema e, considerando ainda, a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas^{14,36}.

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes a saúde da população idosa, desenvolve ações e estratégias de educação e de promoção de saúde que visam a abordar as mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de alterações patológicas, como

também no acompanhamento das doenças crônicas degenerativas para seu controle e tratamento. Destaca-se também por sua ação preventiva e educacional junto à comunidade da importância de identificar fatores de risco a saúde dos idosos e assim, desenvolver formas de intervenção para eliminação ou minimização de um risco a saúde do idoso, quer seja físico ou mental⁹. No Brasil, a população de idosos que procura os serviços da unidade básica de saúde tem se beneficiado da assistência à saúde.

Podemos destacar o primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) “a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras”¹⁵.

1.4 QUEDAS NOS IDOSOS

A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para o nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”^{16,41,42}. Alguns autores referem-se ao evento queda como uma síndrome geriátrica por ser considerado um evento multifatorial e heterogêneo⁴².

A queda pode ser um fator preditor de que algo está errado com a saúde do idoso, pode ser uma eminência de uma doença ainda não diagnosticada e associada a um pior prognóstico se o idoso tiver perda ou prejuízo de sua funcionalidade³⁸.

Queda no idoso é considerada a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais⁴⁰. Na velhice, o acidente domiciliar é um evento comum. Mesmo não evoluindo para morte, podem ocasionar danos graves, comprometendo a qualidade de vida dos idosos⁴⁷.

O número de quedas aumenta com a idade em ambos os gêneros, em todos os grupos étnicos e raciais⁴⁴. Dados relatam que no Brasil, entre 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, 52% idosos, 39,8% entre 80 e 89 anos¹⁷. No entanto, quando se compara a taxa de quedas entre idosos da

comunidade, hospitalizados e institucionalizados, o número tende a aumentar nessa ordem^{18,19,37,40}.

A ocorrência de quedas no Brasil não difere dos padrões observados em outros países. Aproximadamente 30-40% idosos brasileiros, residentes na comunidade, caem ao menos uma vez ao ano, destes 50% sofrerão nova queda. Enquanto 11% dos idosos caem de forma recorrente^{19,48}. A prevalência aumenta com a idade, chegando a 50% nos pacientes acima de 80 anos³⁴.

Alguns autores relatam que existe uma incidência maior de quedas em mulheres até os 75 anos, e que, após essa idade, as chances são similares em ambos os sexos^{33, 47}. Em estudo mais recente, com uma amostra de 6.616 idosos de áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros, foi evidenciado que a prevalência de quedas entre eles era de 27,6% nos 12 meses anteriores a entrevista^{20,45}.

O Ministério da Saúde considera a queda em idosos um importante problema de saúde pública, dada sua alta incidência e suas consequências na qualidade de vida – lesão, incapacidade, institucionalização, depressão e morte⁹. Sendo assim, a alta prevalência de quedas pode ter consequências do tipo física que dificultam as atividades de vida diária e maior risco de morte; as do tipo psicológica que podem estar relacionadas com a síndrome do “medo de cair”; as econômicas que geram custos para o idoso e à sociedade; e as sociais que tendem a dificultar a interação dos idosos com outras pessoas fora do ambiente doméstico^{19,43}. Assim, é de fundamental importância se conhecer e identificar os fatores de risco, com a finalidade de adotar medidas preventivas para esses eventos de quedas. Portanto, para segurança dos idosos faz-se necessário prevenir as quedas, com a ajuda do cuidador e de familiares em atenção e cuidados especiais, adaptando o ambiente em que reside o idoso para retirar fatores de risco ou melhor adapta-los⁴⁶.

1.5 FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

Na população idosa em seu cotidiano vários fatores podem facilitar ou propiciar a ocorrência de quedas. Sendo esta de etiologia multifatorial e que envolve uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais)^{21,22}.

Os intrínsecos estão relacionados a diminuição das habilidades funcionais, gênero feminino, idosos acima de 80 anos, história prévia de quedas, prejuízo da marcha e equilíbrio, sedentarismo, deficiência nutricional, déficit cognitivo, deficiência visual, doenças ortopédicas, estado psicológicos e entre outros. E os extrínsecos, decorrentes da interação do idoso com o meio ambiente, como: pisos e tapetes escorregadios, solos úmidos, desnível ou degrau, animais em domicílio, sapatos inadequados e iluminação precária^{21,22}. Entretanto, por ser eventos multifatoriais, esses fatores possuem relação com a capacidade de desenvolver atividades de vida diária e as de vida instrumentais, que são primordiais para que o idoso tenha autonomia e independência, sendo, difícil relatar de forma separada^{41,50}. Vale ressaltar, que a maioria das quedas ocorre dentro do domicílio ou em suas proximidades, quando os idosos estão realizando suas atividades cotidianas como caminhar, tomar banho, ir ao banheiro, passear na comunidade e mudança de posição⁵².

Alguns autores, acrescentam um terceiro fator de risco as quedas, o fator comportamental, ou seja, o grau de exposição ao risco. Verifica-se pelas pesquisas que as pessoas mais inativas e as mais ativas são as que têm maior risco de queda. Tendo como fator de risco a fragilidade dos idosos inativos, e nos idosos funcionais ou hígidos pelo grau de exposição aos riscos⁴⁹.

Não podemos deixar de relatar a importância da avaliação da marcha nos idosos, pois a diminuição em sua velocidade está associada a uma dificuldade de controle do equilíbrio postural, à redução de força muscular e à quantidade reduzida de exercício físico⁵¹. A marcha é uma parte integral das atividades de vida diária¹². Pode ser definida como sequencia de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo, sendo considerada uma habilidade motora complexa⁵¹.

A marcha é dependente da capacidade de vários órgãos, especificamente dos sistemas neurológicos, musculoesquelético e cardiovascular. Nos idosos mais idosos, a velocidade usual e máxima da marcha está fortemente associada ao condicionamento físico. Ou seja, um estilo de vida ativo que inclui caminhadas, pode manter a marcha normal ao preservar a força muscular e estimular o equilíbrio. As alterações sensoriais também influenciam a marcha, principalmente no tocante à

acuidade visual e sensibilidade plantar que, quando alteradas, podem ser associados a quedas¹².

Dessa maneira, devemos incluir na avaliação dos fatores de risco alguns perguntas específicas durante a anamnese dos pacientes idosos, tais como: história prévia de quedas, circunstâncias das mesmas, uso e aletrações recentes de medicamentos, evidência de maus tratos, doenças prévias, capacidade funcional para atividades de vida diária e fatores de risco ambientais. Além de realizar o exame físico completo, é indicado realizar o teste clínico “TIME UP AND GO” – TUG, para avaliar a marcha e o equilíbrio do paciente idoso⁴⁹.

Devido a repercussão que as quedas apresentam para a saúde dos idosos, por ser uma patologia que está associada a fragilidade, dependência, institucionalização e morte, e de fundamental importância identificar os fatores de risco, com a finalidade de desenvolver intervenções eficazes para o planejamento de ações preventivas, principalmente na equipe de saúde que trabalha com a estratégia de saúde da família, exercendo assim as políticas de saúde do idoso⁴⁶.

1.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PARA QUEDAS

Os idosos devem ser questionados sobre a ocorrência de quedas, pelo menos uma vez ao ano. E serem avaliados também perguntando sobre os fatores de risco para quedas. E os idosos com história de quedas positiva nas perguntas e necessário investigar possíveis causas, como uso de medicamentos inapropriados, doenças prévias e as condições do ambiente domiciliar³².

Temos vários testes que são descritos e utilizados para avaliar o equilíbrio e mobilidade funcional dos idosos, com o objetivo de determinar o risco de quedas^{23,24,30}. O Teste clínico, TUG (*Time Up and go*) é um teste rápido que não necessita de equipamento especial e utilizado como uma ferramenta de triagem para avaliar funções de marcha e identifica os idosos com risco de cair que são acompanhados em unidade básica de saúde em determinada comunidade^{23,24,30}. Portanto, o TUG (*Time Up and go*) é uma medida prática de mobilidade funcional pois avalia idosos

frágeis ou em risco e não necessita de nenhum equipamento especial ou treinamento³⁰.

O TUG (*Time Up and go*) foi desenvolvido a partir de um grupo de idosos com doenças e tem sido utilizado em investigações sobre uma doença determinada, uma certa condição física ou mental específica, uma queixa de desequilíbrio, de queda, uma faixa etária ou sexo³¹. O teste avalia de forma realista a mobilidade e o equilíbrio nos pacientes idosos ao criar um risco de queda apropriado pelo levantar, caminhar e girar o corpo, sentar-se, movimentos necessários para sua realização³¹.

Vale ressaltar que o TUG (*Time Up and go*) é recomendado como um teste de triagem de rotina para quedas em diretrizes publicadas pela American Geriatric Society e British Geriatric Society^{25,30}. As diretrizes do Instituto Nacional de Evidências Clínicas (NICE) também defendem o uso do TUG para avaliação da marcha e equilíbrio na prevenção de quedas em idosos da comunidade^{26,30}.

Para realizar o teste TUG (*Time Up and go*) conforme descrito no estudo de derivação original, o paciente é cronometrado enquanto se levanta de uma cadeira de braço, caminha a um ritmo confortável e seguro até uma linha no chão a três metros de distância, vira e volte para a cadeira e senta-se novamente. É importante que o paciente faça o teste uma vez antes de ser cronometrado para se familiarizar. Um tempo mais rápido indica um melhor desempenho funcional e uma pontuação ≥ 20 segundos é usada como ponto de corte para identificar aqueles com maior risco de quedas no âmbito da comunidade²⁷. No entanto, os valores de limiar relatados variam de 10 a 30 segundos na literatura^{28,29,30}.

Este trabalho utilizou como ponto de corte: baixo risco de quedas o tempo abaixo de 20 segundos; e com alto risco de quedas o tempo acima de 20 segundos. Para realizar ações de prevenções, viu-se que seria essencial a aplicação desse teste, para conhecer a mobilidade funcional e risco de queda entre a população idosa, podendo contribuir para o diagnóstico de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF), direcionando decisões adequadas para fins terapêuticos.

1.7 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento tem provocado preocupações com a qualidade de vida da população idosa, principalmente com a ocorrência de eventos de quedas. Pesquisar a problemática associada às quedas, um evento prevenível, constitui uma temática relevante e desafiadora que visa promover através das unidades básicas de Saúde ações de prevenção e de educação sobre o assunto para um melhor atendimento e manejo desses pacientes.

Vários são os desafios na atenção à saúde do idoso, em relação aos idosos, sociedade e ao poder público. Com relação aos idosos, seria desenvolver a conscientização da importância com o cuidados com sua saúde, com o objetivo de diminuir os risco de quedas, e suas consequências para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Já no que ao Poder Público, pretende-se promover uma reflexão e discussão sobre o assunto, e a implementação da Política Nacional do Idoso nos estados e municípios que ainda não realiza as ações. No que concerne à sociedade, seria auxiliar no planejamento de ações de educação em saúde sobre a população idosa e elaboração de medidas preventivas, facilitar condutas preventivas, adequar as medidas assistenciais e promover o acompanhamento adequado dos pacientes na unidade básica de saúde, exercendo de fato na prática os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 PRIMÁRIO

Avaliar o risco de quedas nos idosos atendidos na Unidade de saúde da família do Conjunto Universitário – Rio Branco/AC.

2.2 SECUNDÁRIOS

1. Descrever o perfil epidemiológico
2. Identificar os fatores associados ao histórico de quedas
3. Analisar o risco de quedas nos idosos através do desempenho do Teste do “Time Up Go”.

4. METODOLOGIA

4.1 LOCAL E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado nas áreas de abrangência da Unidade de Saúde da Família Dr. Nímio Insfran, localizada no Conjunto Universitário na cidade de Rio Branco/Acre.

Essa unidade possui 1 equipe de Saúde da Família composta por: 1 médica, dois residentes da Medicina de Família e comunidade, 2 internos do curso de medicina, 1 odontólogo, 1 assistente de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 coordenador administrativo, 2 técnicas de enfermagem, 1 assistente administrativa, 1 auxiliar de farmácia e 8 agentes comunitários de saúde.

A escolha dessa unidade deu-se por ser campo de prática da Universidade Federal do Acre há 12 anos com os alunos do Curso de Medicina, e há 6 anos da Residência Médica de Medicina da Família e Comunidade. E ser composta por uma equipe multidisciplinar de outros cursos da saúde, como: Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Saúde coletiva e Técnicos de enfermagem.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foram os idosos cadastrados nos prontuários da unidade e feito o levantamento através dos agentes comunitários de saúde para identificação desses pacientes. Verificou-se que a unidade tem cadastrado 270 idosos, levando-se em consideração a idade como sendo acima de 60 anos. A seleção da amostra deu-se da seguinte forma: realizado uma divisão dos prontuários dos idosos cadastrados na unidade de saúde pela área de abrangência (Universitário 1, 2 e 3 e Distrito industrial) e os membros do projeto fizeram as visitas domiciliares nas residências.

Observou-se perdas da amostra devido óbito de pacientes, pacientes acamados por acidente vascular cerebral, pacientes portadores de doença de Alzheimer e mudança de endereço dos pacientes idosos em caráter temporário, pelo fato dos filhos compartilharem o cuidado de seus pais idosos, esses passam meses

do ano em diferentes casas de seus filhos. Porém, não houve nenhum idoso que se recusou participar da pesquisa.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na amostra os idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que são cadastrados pela USF Nímio Insfran do Conjunto Universitário em Rio Branco, e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de livre consentimento.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da amostra os idosos que não aceitaram participar da pesquisa; pacientes idosos acamados que o impedia de realizar o instrumento de avaliação e os com diagnóstico de distúrbio cognitivo e de responder as perguntas do questionário. Também foram excluídos da pesquisa os idosos que no momento da visita domiciliar não se encontravam em seu domicílio.

4.5 COLETA DE DADOS

Para a realização do projeto foi oferecido pelo pesquisador responsável uma capacitação aos demais membros da pesquisa, em duas etapas. Na primeira etapa, através de aulas expositivas, conteúdos referentes a Saúde do idoso, e na segunda etapa feito um treinamento prático, envolvendo a aplicação do Teste do TUG aos idosos.

A aplicação do instrumento de pesquisa, foi realizada através de visitas domiciliares aos idosos pelos membros do projeto no período de janeiro a março de 2017. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e só após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido que foi coletados os dados. Esta coleta deu-se através de uma entrevista com um questionário semiestruturado, que abordou os seguintes dados: demográficos (sexo, faixa etária, área de abrangência, local de nascimento e procedência, estado civil, religião, nome do agente de saúde), socioeconômicos (escolaridade, renda, quem é o cuidador do idoso), informações

clínicas (patologias prévias, uso de medicamentos, classes de medicamentos, outras medicações em uso e plano de saúde) e variáveis sobre fatores de risco de quedas (história prévia de quedas, quedas nos últimos 12 meses, quantidade de quedas nos últimos 12 meses, número de pessoas no domicílio, presença de fatores de risco para quedas no domicílio).

Após a realização das perguntas, foi aplicado o teste clínico TUG, para avaliar a mobilidade funcional do idoso. Este teste é realizado com o paciente sentado em uma cadeira de braço e começa a cronometrar quando o idoso se levanta e caminha a um ritmo confortável e seguro até uma linha no chão a três metros de distância, vira e retorna para a cadeira e senta-se novamente. Vale ressaltar, a importância do teste ser executado uma vez antes para o idoso se familiarizar com o teste.

Este teste utilizou como ponto de corte: baixo risco de quedas o tempo abaixo de 20 segundos; e com alto risco de quedas o tempo acima de 20 segundos.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi armazenado no programa estatístico SPSS 20.0. empregando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação). Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográficos e o Teste Time Up and Go. A análise dos resultados das variáveis analisados:

- Variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de frequência e de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) e medidas de razão de chance para variáveis contínuas.
- Medidas de associação em Tabelas de contingência (teste de associação (χ^2) para as variáveis sexo, história de quedas e do Teste do Time Up Go.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando a resolução do CNS 196/96, foi solicitado e recebido o consentimento do Setor de Educação Permanente da Secretária Municipal de Saúde para a realização da pesquisa aos pacientes idosos cadastrados na Unidade de

Saúde da Família Nímio Insfran para a realização das visitas domiciliares junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre, processo número CAAE 61510716.8.0000.5009.

5. RESULTADOS

Foram incluídos 160 idosos, com média de idade de 69,77 anos, mediana de 67 anos (DP \pm 8,0 anos) que residem nas áreas de abrangência da UBS Nímio Insfran do conjunto Universitário, Rio Branco – AC, sendo 65,6% do sexo feminino.

Na tabela 1 apresenta o perfil sociodemográficos dos idosos de acordo com o sexo, sendo que o gênero feminino foi o mais frequente na faixa etária 60-74 anos ($p=0,02$); o que mais teve história de queda ($p=0,04$); sem história de trabalho ($p=0,0001$), sem conjuge ($p=0,0001$) e menor escolaridade ($p=0,02$). Quanto a moradia, 54,4% residiam no Universitário 3; 47,5% se declararam evangélicos, 51,3%, 66,2% relataram menos de 8 anos de estudo e 35,6% recebe de 2 a 3 salários mínimos, conforme a Tabela 1.

TABELA 1 – Perfil sociodemográficos dos idosos acompanhados na USF Dr. Nímio Insfran, conforme o sexo, no período de Janeiro a Março de 2017.

| Variáveis | IDOSOS N=160 | | | p * |
|--------------------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| | Masculino (%) | Feminino (%) | Total(%) | |
| Faixa etária | | | | 0,02 |
| 60-74 | 23,1 (37) | 50 (80) | 73,1 (117) | |
| 75-84 | 6,2 (10) | 14,4 (23) | 20,6 (33) | |
| Acima de 85 | 5 (8) | 1,3 (2) | 6,3 (10) | |
| Hist. Quedas | | | | 0,04 |
| Sim | 13,1 (21) | 36,2 (58) | 49,4 (79) | |
| Não | 21,2 (34) | 29,4 (47) | 50,6 (81) | |
| Área de cobertura | | | | 0,62 |
| Distrito | 0,6 (1) | 3,8 (7) | 4,4 (8) | |
| Univ 1 | 7,5 (12) | 16,9 (27) | 24,4 (39) | |
| Univ 2 | 5 (8) | 11,9 (19) | 16,9 (27) | |
| Univ 3 | 21,4 (34) | 33,1 (7) | 54,4 (87) | |
| Ocupação | | | | 0,0001 |
| Sem trabalho | 23,8 (38) | 62,5 (100) | 86,2 (138) | |
| Com trabalho | 10,6 (17) | 3,1 (5) | 13,8 (22) | |
| Religião | | | | 0,004 |
| Não possui | 1,9 (3) | 0,6 (1) | 2,5 (4) | |
| Católico | 19,4 (31) | 26,2 (42) | 45,6 (73) | |
| Evangélico | 12,5 (20) | 35 (56) | 47,5 (76) | |
| Espirita | 0,6 (1) | 3,8 (6) | 4,4 (7) | |

| | | | | Continua ... |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| Situação conjugal | | | | 0,0001 |
| Sem conjuge | 8,8 (14) | 40 (64) | 48,8 (78) | |
| Com conjuge | 25,6 (41) | 25,6 (41) | 51,2 (82) | |
| Escolaridade | | | | 0,02 |
| ≤ 8 anos | 26,9 (43) | 39,4 (63) | 66,2 (106) | |
| > 8 anos | 7,5 (12) | 26,2 (42) | 33,8 (54) | |
| Renda familiar | | | | 0,61 |
| Até 1 salário | 8,1 (13) | 19,4 (31) | 27,5 (44) | |
| 2-3 salários | 11,2 (18) | 24,4 (39) | 35,6 (57) | |
| 4-6 salários | 8,1 (13) | 8,8 (14) | 16,9 (27) | |
| Acima 6 salários | 3,8 (6) | 3,8 (6) | 7,5 (12) | |
| Não quis falar | 3,1 (5) | 9,4 (15) | 12,5 (20) | |

*nível de significância 5% (p<0,05)

A média de história de quedas nos idosos foi de 3,04 (DP±1,58) e mediana de 4,00, com prevalência no sexo feminino (36,2%). Entre os pacientes idosos com história de quedas, a faixa etária mais acometida foi a de 60 a 74 anos, considerados idosos jovens (67,1%), com maior proporção o sexo feminino (54,4%).

Quanto a presença de quedas nos últimos 12 meses, foi encontrado 58,2% dos idosos entrevistados, destes houve relato de pelo menos 2 episódios de queda nos últimos 12 meses (48,1%). O somatório da quantidade de vezes de queda nos idosos no período de 12 meses (58,2%) é superior aos pacientes sem historia de queda (41,8%) neste mesmo período.

Tabela 2 – Análise dos idosos cadastradas na UBS Nímio Insfran com história de quedas segundo a faixa etária, presença de quedas nos últimos 12 meses e quantidade de quedas nos últimos 12 meses, conforme o sexo, no período de janeiro a março de 2017.

| VARIÁVEL | N= 79 | | TOTAL (%) | P* |
|---------------------|---------------|--------------|-----------|--------------|
| | Masculino (%) | Feminino (%) | | |
| Faixa Etária | | | | 0,001 |
| 60 – 74 anos | 12 (10) | 54,4 (43) | 67,1 (53) | |
| 75 – 84 anos | 7,6 (6) | 19 (15) | 26,6 (21) | |
| Acima 85 anos | 6,3 (5) | 0 | (6,3 (5) | |

| | | Continua... | | |
|-----------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Quedas 12m | | | | 0,02 |
| Sim | 10,1 (8) | 48,1 (38) | 58,2 (46) | |
| Não | 16,5 (13) | 25,3 (20) | 41,8 (33) | |
| Qt. Quedas nos últimos 12m | | | | 0,01 |
| Não teve queda | 16,5 (13) | 25,3 (20) | 41,8 (33) | |
| < 3 | 10,1 (8) | 38 (30) | 48,1 (38) | |
| > 3 | 0 | 10,1 (8) | 10,1 (8) | |

***nível de significância 5% (p<0,05)**

A tabela 3, demonstra a prevalência das doenças que os idosos apresentavam no momento da pesquisa. Observa-se que a Hipertensão Arterial de forma isolada é a doença mais prevalente (38,1%), sendo que 26,8% dos pacientes apresenta mais de uma doença crônica. Importante ressaltar que a Depressão de forma isolada, teve uma prevalência importante nesta população idosa (11,2 %), sendo maior no sexo feminino (83,3%).

Quanto ao relato de idosos que possuem mais de uma patologia, temos 26,8% (30) são pertencentes a este grupo, sendo este somatório maior que os idosos que referiram não possuir nenhuma doença (20%).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos cadastrados na UBS Nímio Insfran segundo o sexo e as Doenças Crônicas, no período de janeiro a março de 2017.

| Variável | Masculino (%) | Feminino (%) | Total (%) |
|----------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Doenças Crônicas | | | |
| Hipertensão Arterial (HAS) | 31,1 (19) | 68,9 (42) | 38,1 (61) |
| Diabetes Mellitus (DM) | 50 (3) | 50 (3) | 3,8 (6) |
| Depressão | 16,7 (3) | 83,3 (15) | 11,2 (18) |
| HAS + DM | 40 (8) | 60 (12) | 12,5 (20) |
| HAS + DM + AVC | 60 (3) | 40 (2) | 3,1 (5) |
| HAS + DM + DEPRESSÃO | 16,7 (3) | 83,3 (16) | 11,2 (18) |
| Ausência de doença | 50 (16) | 50 (16) | 20 (32) |
| TOTAL | 34,4 (55) | 65,6 (105) | 100 (160) |

Em relação às características do domicílio, a maioria das residências onde há idosos com histórico positivo para quedas há condições de risco estruturais e não estruturais (desnível, escada, degraus, tapetes e animal de estimação), em 35 residências (67%), enquanto a minoria delas apresenta domicílio com risco estruturais (desnível, escada e degrau), 26 (33%). Conforme tabela 04.

Este fato nos demonstra que o evento queda está mais relacionado as moradias que possuem além do fator estrutural, que muitas vezes é difícil de mudar, o fator de risco não estruturais, são passíveis de modificações para uma melhoria na adaptação da qualidade de vida do paciente idoso.

Tabela 04: Análise comparativa da caracterização domiciliar dos idosos cadastrados na USF Nímio Insfran com histórico de quedas no período de janeiro a março de 2017.

| Variável | História de quedas | | Total (%) | p * |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|------------|--------------|
| | N-160 | | | |
| | Sim (%) | Não (%) | | |
| Características do domicílio | | | | 0,955 |
| Estruturais | 16,2 (26) | 16,9 (27) | 33,1 (53) | |
| Estrutural e Não estruturais | 33,1 (53) | 33,8 (54) | 66,9 (107) | |

***Nível de significância 5% (p<0,05)**

Na tabela 05 observa-se que 41,2% (66) dos idosos com história de quedas utilizam alguma medicação. Destes, 32,5% fazem uso de até quatro medicamentos (52), seja anti-hipertensivos, antidiabéticos, antidepressivos ou benzodiazepínicos, sendo que 16,8% dos idosos caidores (27) utilizam cinco ou mais medicamentos.

Vale ressaltar, que o preditor uso de medicação não tenha significância estatística (p = 0,955), é importante ter essa variável no estudo porque uso de mais de 5 medicamento constitui o conceito de Polifarmácia, que constitui um fator de risco extrínseco para quedas.

A maioria dos que idosos com quedas apresenta alguma comorbidade, 128 idosos (80%), dos quais 42 (26,2%) possuem apenas uma patologia, e a minoria não apresenta nenhuma doença de base, 13 idosos (8,1%). Quanto a classe de medicação utilizada pelos idosos caídores, 19,4% fazem uso de mais de uma classe de medicação. Podemos observar que 8,1% dos idosos com história de queda não fazem uso de nenhuma medicação. Quanto ao estado civil dos idosos caídores, os que não possui conjuge são 30% do total. Nenhuma dessas variáveis apresentou significância em relação a queda, mas observa-se uma tendência de que os idosos caídores estão em uso de medicação e, a grande maioria utiliza mais de 1 classe de medicamentos.

Tabela 5 – Análise comparativa da caracterização clínica dos idosos cadastrados na USF Nímio Insfran com histórico de quedas no período de janeiro a marco de 2017.

| Variável | História de quedas N-160 | | | p * |
|-------------------------|--------------------------|-----------|------------|--------------|
| | Sim (%) | Não (%) | Total(%) | |
| Uso medicação | | | | 0,271 |
| Sim | 41,2 (66) | 38,8 (62) | 80 (128) | |
| Não | 8,1(13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |
| Numero medic. | | | | 0,188 |
| 0 4 medicamentos | 32,5 (52) | 38,1 (61) | 70,6 (113) | |
| 5 ou mais medic. | 16,8 (27) | 12,5 (20) | 29,4 (47) | |
| Comorbidades | | | | 0,429 |
| Nenhuma | 8,1(13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |
| Apenas 1 doença | 26,2 (42) | 26,9 (43) | 53,1 (85) | |
| Mais de 1 doença | 15 (24) | 11,9 (19) | 26,9 (43) | |
| Classe medicação | | | | 0,891 |
| Antihipertensivos | 12,5 (20) | 15,6 (25) | 28,1 (45) | |
| Antidiabéticos | 2,5 (4) | 0,6 (1) | 3,1 (5) | |
| Medic.controlada*** | 6,9 (11) | 4,4 (7) | 11,2 (18) | |
| Mais de 1 classe | 19,4 (31) | 18,1 (29) | 37,5 (60) | |
| Não faz uso | 8,1 (13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |

| Continua... | | | |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|
| Estadocivil | | | |
| Agrupado | | | 0,003 |
| Com conjuge | 30 (48) | 18,8 (30) | 48,8 (78) |
| Sem conjuge | 19,4 (31) | 31,9 (51) | 51,2 (82) |

*Nível de significância 5% ($p < 0,05$).

** controlada (benzodiazepínicos e antidepressivos)

O teste clínico que avalia o desempenho da marcha e do equilíbrio, é o teste do Time Up and Go. Este teste é o instrumento que a pesquisa utilizou para fazer a avaliação do risco de quedas dos idosos, pois avalia a funcionalidade do idoso.

A tabela 6, demonstra que os idosos com história de quedas apresentam Baixo Risco (76%), sendo o sexo feminino com maior percentagem (55,7%). Com relação a faixa etária, os idosos jovens possuem maior prevalência de Baixo risco para quedas (60,8%).

Os idosos caidores com diagnóstico de alguma doença possui um Baixo risco para quedas, com 60,8% do total. Quanto ao uso de medicação, os idosos que fazem uso de algum medicamento apresentou Baixo risco de quedas (60,8%), enquanto 15,2% com Alto risco.

Em relação, aos idosos que relataram queda nos últimos 12 meses, houve prevalência de Baixo risco para quedas (41,8%). A variável quantidade de quedas nos últimos 12 meses, apresentou Baixo risco nos idosos com menos de 3 episódios de quedas, e Alto risco nos idosos acima de 3 episódios de quedas (3,8%).

Quanto a análise estatística dos preditores que estão na tabela 6, apenas a faixa etária apresentou significância ($p = 0,001$). Esse resultado demonstra que os idosos jovens com história de quedas possuem na avaliação do Teste funcional um Baixo Risco de quedas.

Tabela 6 – Análise Comparativa dos resultados do Teste Time Up and Go dos idosos com história de quedas cadastrados na USF Nímio Insfran conforme o sexo, faixa etária, Comorbidades, uso de medicação, quedas nos últimos 12 meses e quantidade de quedas nos últimos 12 meses, no período de janeiro a março de 2017.

| Teste Time Up Go N=79 | | | | |
|----------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|--------------|
| VARIÁVEL | Baixo Risco (%) | AltoRisco (%) | TOTAL (%) | P* |
| Sexo | | | | 0,976 |
| Masculino | 20,3 (16) | 6,3 (5) | 26,6 (21) | |
| Feminino | 55,7 (44) | 17,7 (14) | 73,4 (58) | |
| Faixa Etária | | | | 0,001 |
| 60 a 74 anos | 60,8 (48) | 6,3 (5) | 67,1 (53) | |
| 75 a 84 anos | 13,9 (11) | 12,7 (10) | 26,6 (21) | |
| Acima de 85 | 1,3 (1) | 5,1 (4) | 6,3 (5) | |
| Comorbidades | | | | 0,600 |
| Nenhuma | 15,2 (12) | 1,3 (1) | 16,5 (13) | |
| Ate 1 doença | 36,7 (29) | 16,5 (13) | 53,2 (42) | |
| Mais de 1 doença | 24,1 (19) | 6,3 (5) | 30,4 (24) | |
| Uso medicação | | | | 0,134 |
| Sim | 60,8 (48) | 22,8(18) | 83,5 (66) | |
| Não | 15,2 (12) | 1,3 (1) | 16,5 (13) | |
| Quedaúltimo12m | | | | 0,307 |
| Sim | 41,8 (33) | 16,5 (13) | 58,2 (46) | |
| Não | 34,2 (27) | 7,6 (6) | 41,8 (33) | |
| Qte de quedas últimos 12m | | | | 0,226 |
| Nenhuma | 34,2 (27) | 7,6 (6) | 41,8 (33) | |
| < 3 | 35,4 (28) | 12,7 (10) | 48,1 (38) | |
| >3 | 6,3 (5) | 3,8 (3) | 10,1 (8) | |

*nível de significância 5% (p<0,05)

6. DISCUSSÃO

6.1 Caracterização socio-demográfica

Este estudo teve predomínio do sexo feminino, representando 65,6% do total dos idosos participantes da pesquisa, este fato é encontrado por alguns estudos e pesquisas realizadas no país^{2,12,39,40,48}, que discutem sobre o processo de feminilização na população idosa, demonstrando um aumento na expectativa de vida da população feminina e um maior percentual no índice de mortalidade no sexo masculino.

Quanto a faixa etária prevalente foi os idosos jovens com 73,1% com predomínio do sexo feminino (50%) e com significância estatística ($p=0,02$). Este dado é corroborado com o Censo demográfico de 2000, onde demonstra que 55% da população maior de 60 anos no Brasil era composto por mulheres⁵¹.

Observou-se maior proporção de idosos com conjuge com 51,3%, com 25,6% distribuído de forma igual entre os dois sexos, e com ($p=0,0001$). Este dado não se assemelha a outros estudos^{12,48,51}, onde a maioria das mulheres são viúvas, e que a maioria dos homens são casados. Sendo essas informações fortalecidas em normas sociais e culturais que prevalecem na sociedade brasileira, onde as mulheres se mantêm com maior frequência solteiras, enquanto os homens se casam na sua grande maioria.

Em relação, a escolaridade os idosos participantes da pesquisa relataram ter menos de 8 anos de estudo (66,2%), sendo prevalente no sexo feminino com 39,4%. Tal dado corrobora com outros estudos que evidenciam baixa escolaridade e, principalmente, o analfabetismo são considerados um fator limitante para a realização de atividades de vida diária e instrumentais no idoso, ou seja, atividades que ele tenha dificuldade para executar ou para fazer, tais como: ler, escrever, entender informações das prescrições, andar de transporte e lidar com dinheiro, entre outras situações^{12,19,40,45,51}.

Em um estudo de 2004 no interior de São Paulo um estudo com idosos evidenciou uma população com baixa escolaridade, sendo mais de 50% eram analfabetas, sendo a maioria, mulheres⁵¹. Este estudo entra em concordância com

os resultados do presente estudo. Assim, investigar durante o atendimento ao idoso sobre seu grau de escolaridade é importante porque auxilia na compreensão de informações que são muitas vezes oferecidas ao idoso, quer seja em uma palestra ou em uma prescrição de medicamento.

Quando questionados sobre a renda, tivemos 27,5% dos idosos com até 1 salário mínimo, e a grande maioria com renda de 2 a 3 salários mínimos (35,6%), estes números se aproximam com a média de rendimento mensal do idoso no Brasil, que é de 1 salário mínimo. Quanto a situação de trabalho houve prevalência de 76,9% de idosos aposentados¹².

Em um estudo em Ribeirão Preto, observou-se que 88,5% dos idosos possuíam renda e 72,6% com casa própria quitada⁵¹. Nesse estudo não se questionou o valor da renda, mas se esse idoso tinha algum sustento próprio, pois muitos deles eram provedores de seus lares.

Conforme a tabela 3, a Hipertensão Arterial é a doença isolada mais prevalente nos idosos entrevistados sendo os anti-hipertensivos a classe de medicação mais utilizada. Em uma pesquisa realizada em um centro de saúde de Fortaleza no ano de 2003, a doença mais citada pelos idosos entrevistados foi a Hipertensão Arterial com 75%⁵², sendo o uso da medicação para Hipertensão um dos fatores de risco para quedas. Em um outro estudo sobre fatores associados a doenças crônicas, com 385 idosos atendidos em uma unidade de saúde da família Teófilo Otoni, Minas Gerais, houve prevalência significativa da Hipertensão Arterial como doença isolada (69,9%)⁴⁵.

Esta informação é de suma importância quando estudamos o tema do envelhecimento, pois segundo Freitas, a mortalidade na população geriátrica correspondem a 49% das doenças do aparelho circulatório e neoplasias. E entre os idosos jovens, as mortes por doenças cardíacas foram as mais importantes em 2007¹².

6.2 Caracterização quedas e dos fatores de risco

A queda é caracterizada como uma síndrome geriátrica, e pode ser um preditor de que algo está errado com a saúde do idoso³⁸. Neste trabalho, a prevalência de

quedas foi de 49,4% nos idosos da comunidade do Universitário, tendo uma média de 3,04 quedas e mediana de 4,00.

Esse resultado corrobora com um estudo realizado no Centro Regional de Estudos Aplicados a Terceira Idade da Universidade de Passo Fundo, com o objetivo de avaliar o risco de quedas nos idosos, e verificou-se um alto índice de risco de quedas, com 45,5% dos idosos³⁵.

Quanto ao sexo, as mulheres tem maior risco de cair (36,2%) e outros estudos também se assemelham a esse resultado^{19,35,38,41,51}. No entanto, explicar as possíveis causas desse fenômeno ainda são controversas. Sugere-se que as idosas caidoras possuem maior prevalência de doenças crônica-degenerativas e uma maior fragilidade quando comparadas aos homens¹⁹.

Outros estudos explicam que essa maior proporção de risco de quedas nas mulheres deve-se as características fisiológicas e na estrutura óssea e muscular, as alterações hormonais relacionadas à menopausa por apresentarem maior perda osséa e com maior risco de fratura, além da realização de múltiplas tarefas ligadas a atividades domésticas^{19,45,51}. Esse resultado demonstra uma maior ocorrência de quedas no gênero feminino devido sua vulnerabilidade, sendo necessário a atenção a esta população afim de promover ações para prevenção de quedas.

Quanto a faixa etária dos pacientes com história de quedas, temos os idosos jovens (60 a 74 anos) com prevalência de 67,1%, com o sexo feminino em sua maioria (54,4%). Este fato significa que os idosos da pesquisa com história de quedas são os idosos jovens, os chamados idosos funcionais ou ativos. Tal resultado não se assemelha a outros estudos prévios sobre o assunto queda, pois evidenciam que os idosos mais velhos são os idosos caidores^{12,41, 45,48,51}.

Um dado interessante na pesquisa e que os idosos caidores que não possui conjuge tem maior risco de quedas (30%). Evidenciou-se que os idosos com história de quedas tem maior prevalência nos que não apresenta conjuge ou companheiro.

Em um estudo de uma coorte (1991-1992 e 1994-1995) de 1.667 idosos de 65 anos ou mais residentes na comunidade, município de São paulo, evidenciou que idosos viúvos, solteiros e divorciados, em geral, residem sozinhos ou em domicílios de uma geração, realizando tarefas associadas à instabilidade funcional, podendo

acarretar situações de risco para quedas. Este estudo teve uma prevalência de 28,5% de idosos caídores com mais de uma vez e que não possuem vida conjugal. Ocorre aumento para 32,5% entre idosos sem vida conjugal e que residem sozinhos, e para 39% entre os idosos sem vida conjugal que moram em domicílios de uma geração¹⁹.

Dos idosos caídores, 58,2% relatou presença de quedas nos últimos 12 meses, e pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período. Alguns estudos prospectivos indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas^{12,19}. Em uma pesquisa em unidade de saúde da família Viver Bem, localizada na cidade de João Pessoa, no ano de 2009, do total de idosos participantes, a prevalência do número de repetição de quedas foi de 1 a 2 episódios (30%). Dos que tiveram história de quedas cerca de 71,4% sofreram de 1 a 2 quedas nos últimos 12 meses³⁹.

As quedas são resultantes de causas multifatoriais, sendo as mesmas atribuídas a fatores intrínsecos e extrínsecos^{19,43,44}. Os fatores intrínsecos estão relacionados às alterações que decorrem da idade, como: alterações do equilíbrio e marcha, perda da funcionalidade, comorbidades, diminuição da acuidade visual e doenças osteoarticulares, depressão e os distúrbios do sono. E os extrínsecos tem relação com as condições do ambiente que o idoso está inserido, como presença de degraus, escadas, pisos escorregadios, má iluminação, tapetes, animais, calçados inapropriados, banheiros sem adaptação e uso de mais de quatro tipos de medicamentos, ou seja, a polifármacia^{32,39,44}.

Vale ressaltar, que os fatores extrínsecos já proporcionam um elevado risco de quedas quando se associam às debilidades físicas de alguns idosos que apresentem comprometimento da marcha, do equilíbrio e da limitação da força muscular, aumentando a chance da ocorrência de quedas^{32,44}.

Na tabela 4, as características do domicílio dos idosos caídores esteve relacionado com a presença de risco que associavam fatores estruturais e não-estruturais (33,1%), são eles: degraus, desnível ou escadas e tapetes, animal, calçados, banheiros e uso de mais de 4 medicações. Sendo alguns desses fatores facilmente modificáveis em ações preventivas e de educação em saúde.

Os fatores ambientais são descritos em vários estudos pela importância das porcentagens encontradas no evento quedas, independente do local de ocorrência, ou seja, tanto fora como dentro de casa⁴⁶. Em uma pesquisa com 251 idosos acima de 60 anos, identificaram que 54% das quedas da população estudada teve como principal causa o ambiente doméstico inadequado. E os problemas relacionados com o ambiente, foram: piso escorregadio (26%), objetos no chão (22%), tropeçarem em pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), degrau (7%) e outros em menores números. E quando questionados sobre o local de ocorrência de quedas, 66% dos casos relataram seu domicílio^{39,44,50}.

Perracini em seu estudo relata que os idosos saudáveis tendem a cair durante atividades instrumentais fora do domicílio enquanto, idosos frágeis, tendem a cair em casa durante a realização de atividade de vida diária, como banho, troca de roupas, ida ao banheiro e deambular pelo domicílio^{12,19,51}.

No presente estudo, verificou-se que grande parte dos idosos com história de quedas apresentavam pelo menos uma comorbidade (26,2%), faziam uso de medicação (41,2%), e com a utilização de até quatro medicamentos de uso regular (32,5%). Esses dados corroboram com outros estudos prévios sobre o envelhecimento^{35,38,39,45,51,53}. Na literatura, relato de múltiplas comorbidades favorecem a ocorrência de quedas, pois a prevalência de doenças crônicas aumenta a possibilidade do evento, além das interações medicamentosas por conta da utilização de vários medicamentos^{12,45}.

Alguns estudos evidenciam associação entre a ocorrência de quedas e o uso de múltiplos medicamentos, ou seja, com a polifármacia. A polifármacia em pacientes idosos pode aumentar o risco de quedas^{35,39,43,45}. Tal fato não foi evidenciado em nosso estudo, pois os idosos caídores não fazem uso de polifármacia. Esse resultado não teve significância estatística ($p= 0,188$), e quando aplicamos o Teste de Correlação de Pearson ($r= - 0,1$) é uma correlação negativa desprezível. Esta relação significa que idosos com história de quedas dessa pesquisa, que são os idosos jovens, estão em uso de um menor número de medicamentos.

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil tem se tornado cada vez mais frequente o uso de medicamentos por idosos. A relação entre o uso de fármacos e quedas pode ocorrer por dosagens inapropriadas, por efeitos adversos e por

interações medicamentosas. Dessa maneira, é imprescindível que o médico ao analisar a condição clínica do idoso, estabeleça uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade do uso de medicamento, com critérios na indicação do tipo de classe medicamentosa e os ajustes de dosagens que sejam eficazes para terapêutica do idoso.

Algumas classes de medicamentos, como os anti-hipertensivos associados ao diuréticos, quando administrados, podem ocasionar efeitos colaterais como fadiga, diminuição de reflexos, hipotensão postural e fadiga^{35,39,41,45,51}. No presente estudo, houve prevalência de 37,5% em mais de uma classe de medicação utilizada pelos idosos. E a classe dos antihipertensivos foi o medicamento isolado mais usado (28,1%), corroborando com outros estudos^{35,41,45,51}.

Foi observado que os idosos da pesquisa totalizam 11,2% no uso de medicação controlada (benzodiazepínicos e antidepressivos). Alguns autores, referem que alguns medicamentos são indicativos de fator de risco para quedas, em especial os benzodiazepínicos, fenotiazinas e antidepressivos. Justificam tal fato baseado no conhecimento farmacológico, pois seu mecanismo de ação causa sedação, hipotensão ortostática e efeitos colaterais extra-piramidais^{12,45,51}.

6.3 Caracterização do resultado da avaliação do risco de quedas com aplicação do Teste Time Up Go

As quedas são marcadores de fragilidade e da perda de capacidade funcional, e por esses motivos não podem ser negligenciadas no momento de um atendimento ao paciente idoso^{43,30}. Assim, ter conhecimento sobre os testes e escalas para verificação da marcha e do equilíbrio é necessário afim de oferecer uma abordagem multidisciplinar na prevenção de ocorrência de quedas.

Alguns estudos demonstram o alto impacto que as quedas têm para os sistemas de saúde público e privado. Os dados revelam altos custos com internações prolongadas e na reabilitação desses idosos em suas atividades de vida diária, apontando a necessidade de políticas públicas voltadas para prevenção desta síndrome geriátrica^{12,42}.

Conhecer o Teste do Time Up Go é imprescindível para a prática de atendimento a população idosa. Pois, é um teste que envolve tanto a avaliação de força e potência dos membros inferiores quanto a avaliação de mobilidade, sendo, portanto o melhor preditor para definição de um idoso como caidor ou não caidor³⁰.

No presente estudo, os idosos caidores tiveram um desempenho do Teste para Baixo risco (76%). Sendo a faixa etária de idosos jovens a de maior prevalência (60,8%) com resultado do teste com Baixo risco para quedas. Esse preditor teve significância estatística ($p=0,001$) que significa que os idosos caidores da nossa pesquisa são os idosos mais jovens e que possuíam um desempenho no Teste para Baixo Risco de quedas.

Quando se compara outros estudos prévios observa-se que o resultado não se assemelha, pois a faixa etária com prevalência de quedas são os idosos acima de 80 anos^{12,30,31}. Em um estudo observaram forte associação da alteração da mobilidade, através da aplicação do Teste do Time Up Go, com a variável idade, e o resultado foi que a maioria dos idosos pertencentes às faixas etárias mais elevadas tiveram maior déficit na mobilidade³⁰.

Os resultados do desempenho do Teste nos idosos caidores com presença de alguma comorbidades foi para Baixo Risco (60,8%), e com igual porcentagem para os idosos que fazem uso de medicação tiveram um desempenho de Baixo Risco (60,8%), enquanto 15,2% são Alto Risco.

A literatura, descreve que um pior desempenho no resultado do Teste do Time Up Go pode estar indicando não só uma diminuição da mobilidade, algum déficit de equilíbrio e um maior risco de cair entre os idosos, mas uma menor força muscular nos membros inferiores, ou seja, perda da função muscular dos dorsiflexores do tornozelo, sendo esta articulação a requerida em situações de perturbação do equilíbrio na postura ereta³⁰. Assim, a perda do equilíbrio é considerada fator de risco para queda, podendo afirmar que o equilíbrio apresenta deteriorização progressiva com o envelhecimento e reduz a habilidade do idoso para controlar os movimentos corporais⁵⁰.

Em relação às circunstâncias das quedas, alguns estudos apontam que a atividade mais prevalente no momento é a deambulação, sendo os escorregões e

tropeços os principais fatores precipitantes⁴⁶. As alterações próprias do envelhecimento, tais como: alteração na marcha, déficit visual, redução da força muscular, redução no tempo de reação e déficit cognitivo) são responsáveis pela incapacidade de evitar a ocorrência de uma queda, principalmente devido a um tropeço.

Os idosos no momento do atendimento devem ser questionados sobre a ocorrência de quedas, sobre seus fatores de risco e a quantidade de quedas nos últimos 12 meses. Realizar uma avaliação criteriosa do paciente com história de queda é essencial para se determinar a causa e a circunstância, isso nos permite estabelecer estratégias para prevenção de novos episódios.

6.4 Estratégias Propostas

Dados provenientes do Ministério da Saúde mostram que as quedas ocupam terceiro lugar nas causas de mortes e primeiro lugar nas causas de internações no País. A queda é o mais sério e frequente acidente doméstico que ocorre com os idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas acima de 65 anos^{12,18,19}.

O envelhecimento populacional ocasiona o aumento das doenças crônico-degenerativas provocando a necessidade de preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta população geriátrica. Nesse contexto, as quedas em pacientes idosos gera uma grande preocupação pela sua prevalência e consequências na qualidade de vida do paciente.

A prevenção tem o objetivo de evitar o trauma e os seus efeitos. São eficazes quando realizado em conjunto com a equipe da unidade de saúde da família para reduzir os episódios de quedas. O principal objetivo é melhorar o estado funcional e reduzir o risco de lesão. Os pacientes idosos caidores e os que possuem fatores de risco para quedas necessitam da aplicação de medidas preventivas, como as citadas abaixo:

INTERVENÇÕES PROPOSTA

- ✓ História prévia de quedas – investigar as circunstâncias e corrigir as causas
- ✓ Uso de medicamentos inapropriados – rever a dosagem ou suspender

- ✓ Acuidade visual comprometida – providenciar iluminação adequada
- ✓ Hipotensão postural – detectar e tratar a causa
- ✓ Distúrbios do equilíbrio da marcha – determinar a causa e estabelecer um plano terapêutico que visa reduzir medicamentos que afetem o equilíbrio, intervenção nos fatores de risco extrínsecos
- ✓ Distúrbios psicológicos – “medo de cair”, identificar idosos com esse trauma e acompanhar em tratamento
- ✓ Problemas neurológicos (redução da cognição, força muscular e propriocepção – determinar e tratar a causa, reduzir ou suspender fármacos, reduzir riscos ambientais
- ✓ Problemas no sistema músculo-esquelético – determinar a causa e realizar fisioterapia com reforço muscular, treino do equilíbrio e marcha
- ✓ Distúrbios cardiovasculares – determinar causa e tratamento
- ✓ Depressão – identificar e tratar com medicamentos apropriados ao idoso
- ✓ Problemas ambientais – identificar e corrigir pisos escorregadios, má iluminação, tapetes, animal, uso de calçados apropriados, orientar sobre adaptações necessárias a casa do idoso para garantir a funcionalidade do paciente idoso e uma melhor qualidade de vida.
- ✓ realização das práticas de exercício físico para fortalecimento muscular, da marcha e do equilíbrio
- ✓ Realização de medidas educativas junto ao paciente idoso e aos seus familiares, com o objetivo de diminuir os fatores de risco que tornam os idosos mais vulneráveis a ocorrência de quedas. Essas ações de educação em saúde pode ser realizada durante as visitas domiciliares da equipe de saúde enfatizando nesse momento as melhorias do ambiente domiciliar e o levantamento de informações acerca do idoso, para preenchimento da caderneta do idoso
- ✓ Realização de palestras nos grupos de idosos na unidade de saúde junto com a equipe de saúde com uma abordagem multidisciplinar, onde possamos usar as potencialidades de todos para alcançar os objetivos dessas ações.

7 CONCLUSÃO

Neste trabalho, verificou-se que os idosos participantes possuíam idade média de 69,77 anos e uma mediana de 67 anos, predomínio da maioria dos idosos pertencentes ao gênero feminino, na faixa etária de 60 a 74 anos, com conjuge e moradores do Universitário 3. A média de quedas nos idosos foi de 3,04 e uma mediana de 4,00, com alta prevalência de quedas e sendo as mulheres, idosas jovens, com maior risco de cair. Os idosos caidores relataram presença de quedas nos últimos 12 meses, de pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período.

Os fatores de risco para quedas com maior ocorrência foi os fatores extrínsecos, como as características do domicílio dos idosos caidores apresentarem uma associação de fatores estruturais e não-estruturais. Verificou-se que ser um idoso jovem, por ser ativo e funcional tem maior risco de cair porque realiza atividades de forma independente. Este fato foi fortalecido com o resultado do desempenho do teste de mobilidade aplicado nos idosos. O idoso jovem teve desempenho com predomínio de Baixo risco, sendo estes idosos com maior prevalência de quedas no presente estudo.

Esta pesquisa se propôs a fazer um levantamento dos idosos cadastrados na unidade de saúde que possuem acompanhamento da equipe de saúde, e fazer uma triagem dos idosos com história de quedas. Atingiu seu objetivo mediante a avaliação do resultados obtidos. E enfatiza que diante desses resultados é necessário planejar ações de educação em saúde voltadas para diminuir o risco de quedas, concientizar a comunidade do Conjunto Universitário dos fatores de riscos e promover estratégias de apoio a Saúde dessa população idosa.

Espera-se que estes resultados venham a auxiliar na melhoria da assistência aos idosos e aos seus familiares, para que os serviços de saúde possam ser eficientes na prevenção e promoção a saúde da população idosa, ofertando com qualidade o atendimento ao idoso.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatria .2002;24(1):3-6.
2. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):1065-9.
3. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. BRASIL. Lei n 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf (acessado em 10 de julho de 2017).
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984. Disponível em <http://www.who.int> (acessado em 10 de janeiro de 2017).
6. FELTEN, B.S et al. GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Traduzido por: CONSENDEY, C.H.Rio de Janeiro: Ed. Reichmann & Autores Editores, 2005. 648
7. CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno Saúde Pública, v.19, n. 3, p. 725-733, 2003.
8. SILVA, M.C. O Processo de Envelhecimento no Brasil: Desafios e Perspectivas. Textos Envelhecimento, v.8, n.1. 2005
9. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P.192. P. 67-70.
10. PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do ENVELHECIMENTO. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Geriatria. 2 edição. São Paulo: Ed. Atheneu, São Paulo, 2007. P.19-35.
11. VERAS, R.P.; LOURENÇO. R.; MARTINS, C.S.F.; SANCHES, M.A.S.; CHAVES, P.H. Novos paradigmas do modelo assistencial no Setor Saúde: consequências da explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002. 64f. Disponível em: <http://www.abramge.com.br> (acessado em 10 de janeiro de 2017)

12. FREITAS, E.V.; PY, E.; CANÇADO, F.A.C; GORZONI, M.L.; Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2006. P.900-9.
13. KALASHE, A.; VERAS, R.P; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Pública. 21 (3): 200-10, 1987.
14. BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de no 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
15. COSTA NETO, M. M. & SILVESTRE, J. A., 1999. Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.
16. MOURA, R. N. et al. Quedas em idosos: fatores de risco associados. Gerontologia, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999.
17. BRITTO, F.C.; COSTA, S.M.N. Quedas. In: PAPALETTO NETTO, M.; BRITTO, F.C. Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 323-335.
18. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls amongst the elderly. N Eng J Med 1989; 320:1055-9
19. Perracini MR, Ramos LR. Fall-related factors in a cohort of elderly Community residents. Rev Saude Pública 2002;36:709-16.
20. SIQUEIRA, F.V; FACCHINI, L.A; SILVEIRA, D.S; PICCINI, R.X; TOMASI, E.; THUMÉ, E. et al. Prevalence of falls elderly in Brazil: a countrywide analysis. Caderno de Saúde Pública. 2011; 27(9): 1819-26.
21. GAWRYSZEWSKI, V.P.; Importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. Rev. Assoc. Med. Brasileira. 2010;56 (2):162-7
22. FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; SILVA, A.O.; SANTOS, W.S.; MOREIRA M.A.S.P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev. Esc. Enfermagem – USP. 2010; 44 (4): 1065-9.
23. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance em pacientes idosos: o teste "Get-up and Go". Arch Phys Med Rehabil. 1986; 14 (6): 387-389.
24. Podsiadlo D, Richardson S. O Timed "Up & Go": um teste de mobilidade funcional básica para idosos frágeis. J Am Geriatr Soc. 1991; 14 (2): 142-148.

25. Painel de prevenção de quedas em pessoas mais velhas. Sociedade Americana de Geriatria e Sociedade Britânica de Geriatria. Resumo da diretriz de prática de clínicas americanas Geriatrics Society / British Geriatrics Society para prevenção de quedas em pessoas idosas. J Am Geriatr Soc. 2011; 14 (1): 148-157.
26. BOM. A avaliação e prevenção de quedas em idosos. 2013. <http://www.nice.org.uk/CG161> .
27. Rose DJ, Jones CJ, Lucchese N. Previsão da probabilidade de cair em adultos idosos residentes na comunidade usando o 8-foot up-and-go: uma nova medida de mobilidade funcional. JAPA. 2002; 14(4): 466-475.
28. Thomas JI, Lane JV. Um estudo piloto para explorar a validade preditiva de 4 medidas de risco de quedas em pacientes idosos frágeis. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 14 (8): 1636-1640. doi: 10.1016 / j.apmr.2005.03.004. [PubMed] [Cross Ref]
29. Arnold CM, Faulkner RA. A história das quedas e a associação do teste Timed Up and Go para quedas e quedas próximas em adultos mais velhos com osteoartrite do quadril. BMC Geriatr. 2007; 14 : 17. doi: 10.1186 / 1471-2318-7-17. [Artigo livre PMC] [PubMed] [Cross Ref]
30. AVEIRO, M.S; DRIUSSO, P.; BARHAM, E.J; PAVARINI, S.C.I.; OISHI, J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. 2012. Ciênc. Saúde coletiva v.17. n.9 Rio de janeiro.
31. BRETAN, O.; JUNIOR, J.E.S.; RIBEIRO, O.R.; CORRENTE, J.E. Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o Teste Time Up and Go. 2013. Braz. J. Otorhinalaryngol. V.79. n.1 São Paulo
32. MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. 2010. Rev. Med. de Minas Gerais – RMMG.
33. TINETTI, M.E. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003; 348 (1): 42-9.
34. CUNHA, A.A; LOURENÇO, R.A. Falls in the elderly: prevalence and associated factors. REV. HUPE, Rio de Janeiro, 2014; 13(2):21-29
35. BIAZUS, M.; BALBINOT, N.; WIBELINGER, L.M. Avaliação do risco de quedas em idosos. RBCEH, Passo Fundo, V.7, n.1, p.34-41, 2010.

36. SILVESTRE, J.A.; NETO, M;M;C. Approach to the elderly in Family health programas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3): 839-847, 2003.
37. ALMEIDA, L.P.; BRITES, M.F.; TAKIZAWA, M.G.M.H. Quedas em idosos: fatores de risco. *RBCEH*, Passo Fundo, v.8, n.3, p. 384-391. 2011.
38. LIMA, D.A; CEZARIO, V.O.B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. *REV. HUPE*. V.13. n.2 Rio de Janeiro, 2014.
39. PINHO, T.A.M.; SILVA, A.O.; TURA, L.F.R.; MOREIRA, M.A.S.P.; GURGEL, S.N.; SMITH, A.A.F & BEZERRA, V.P. Avaliação do risco de quedas em idosos, atendidos em unidade básica de saúde. *REV. ESC. ENFERM. USP*. 2012: 46(2); 320-7.
40. FHON, J.R.S.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; SILVA, A.O.; SANTOS, J.L.F.; RODRIGUES, R.A.P. Prevalence of falls among frail elderly adults. *REV. Saúde Pública*, 2013. 47 (2): 266-73.
41. RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; SOUZA, C.S.; SCHILITZ, A.O.; ATIE, S.; SOUZA, A.C. The influence of falls on the quality os life the aged. *Ciênc. Saúde coletiva*.v.13, n.4, Rio de janeiro, 2008.
42. MAIA, B.C.; VIANA, P.S.; ARANTES, P.M.M.; ALENAR, M.A. Consequences of falls in older people living in the Community. *REV. Bras. Geriat. e Geront.* V.14, n.2, Rio de Janeiro, 2011.
43. RICCI, N.A.; GONÇALVES, D.F.F.; COMIBRA, I.B.; COIMBRA, A.M. Factors associated with the history of falls of elderly assisted by the Family health program. Artigo de dissertação de Mestrado ao programa de Pós-graduação em Gerontologia da Univerdade Estadual de Campinas, 2006.
44. SANTOS, J.S.; VALENTE, J.M.; CARVALHO, M.A.; GALVÃO, K.M.; KASSE, C.A. Identification of falls risks in elderly anda its prevention. *REV. Equilibrio corporal e saúde*, 2013; 5(2): 53-59.
45. SMITH, A.A; RODRIGUES, R.AP.; MOREIRA, M.A.S.P.; NOGUEIRA, J.A, TURA, L.F.R. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *REV. Latino - Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2754.
46. OLIVEIRA, A.S.; TREVISAN, P.F.; BESTETTI, M.L.T.; MELO, R.C. Environmental hazards and risk of fall in the elderly: systematic review. *REV. Bras. Geriat e Gerontol*, Rio de Janeiro, 2014; 17(3): 637-645.

47. MELO, B.R.S.; SANTOS, P.R.S.; GRATÃO, A.C.M. Extrinsic risk factors for falls in the elderly people: a literature review. REAS, Revista ELETRÔNICA Acervo Saúde, 2014. Vol.6(2), 695-703.
48. SANTAMARÍA, A.L.; GIMÉNEZ, P.J.; SATORRA, T.B.; ORRIO, C.N & MONTOY. M.V. Prevalence y factores asociados a caídas em adultos mayores que viven em la comunidad. Elsevier, España, S.L.U. Aten Primaria. 2015;47(6):367-375.
49. BUKSMAN, S.; VILELA, A.L.S.; PEREIRA, S.R.M.; LINO, V.S.; SANTOS, V.H. Projeto Diretrizes: QUEDAS EM IDOSOS: PREVENÇÃO. 2008. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
50. COSTA, I.C.P.; LOPES, M.E.L.; ANDRADE, C.G.; SOUTO, M.C.; COSTA, K.C.; ZACCARA, A.L. Risk Factors of Falls in Elderly People: Scientific Production on Online Journals in The Health Field. REV. Brasileira de Ciências da Saúde, 2012. Vol.16. n.3. p.445-452.
51. SCHIAVETO, F.V.; Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
52. MACHADO, T.R.; OLIVEIRA, C.J.O.; COSTA, F.B.C.; ARAUJO, T.L.; Avaliação da presença de risco para quedas em idosos. Rev. Eletr. Enf, 2009; 11 (1): 32-8.

9. ANEXOS

9.1 QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E TESTE TIME UP GO

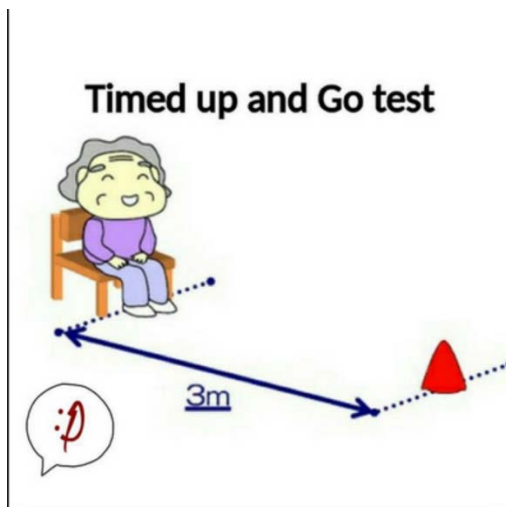
| | |
|--|--|
| <p>Nome: _____</p> <p>Sexo:</p> <p>(1) Masculino</p> <p>(2) Feminino</p> <p>Áreas:</p> <p>(0) Universitário I</p> <p>(1) Universitário II</p> <p>(2) Universitário III</p> <p>(3) Barro Vermelho</p> <p>(4) Distrito industrial</p> <p>(5) Custodio Freire</p> <p>Data de Nascimento: _____</p> <p>Local de Nascimento (Cidade / Estado):</p> <p>.....</p> <p>Procedência:</p> <hr/> | <p>Ocupação Atual:</p> <p>(0) Aposentado (a)</p> <p>(1) Do lar</p> <p>(2) Outro. Qual? _____</p> <p>Religião</p> <p>(0) Não possui</p> <p>(1) Católico (a)</p> <p>(2) Evangélica (o)</p> <p>(3) Espírita</p> <p>Faixa etária (idade: _____)</p> <p>(0) 60 – 75 anos</p> <p>(1) 76- 85 anos</p> <p>(2) acima de 85 anos</p> |
| <hr/> <p>Medicações em Uso</p> <p>(0) Sim</p> <p>(1) Não</p> <p>Quais são as classes?</p> <p>(0) anti-hipertensivos, se sim quais?</p> <p>.....</p> <p>(1) benzodiazepínicos, se sim qual nome da medicação?</p> <p>Qual a miligrama e a dose diária?</p> | <p>Estado Civil:</p> <p>(0) Solteiro (a)</p> <p>(1) Casado (a)</p> <p>(2) Viúvo (a)</p> <p>(3) União Estável</p> <p>(4) Divorciado</p> <p>Escolaridade:</p> <p>(0) Analfabeto</p> <p>(1) 4 anos</p> <p>(2) 5 – 8 anos</p> <p>(3) > 8 anos</p> |

| | |
|--|---|
| <p>.....</p> <p>Quanto tempo de uso da medicação?</p> <p>.....</p> <p>(2) hipotensores (3) anti-depressivos (4) anti-vertiginosos (5) antiparkinsonianos</p> | |
| <p>Patologias Apresentadas:</p> <p>(0) Nenhuma Patologia (1) Diabetes Mellitus (2) Hipertensão Arterial (3) AVC (4) Dor Crônica (5) Depressão (6) Outras. Qual? _____</p> | <p>Renda:</p> <p>(0) Até 1 salário Mínimo (1) De 2 - 3 Salários Mínimos (2) De 4 -6 Salários Mínimos (3) Mais de 6 Salários Mínimos (4) Não quis / Não soube dizer</p> |
| <p>Tem ACSs fazendo visita domiciliar</p> <p>(0) Não possui (1) Possui (2) Não tem conhecimento</p> <p>Nome: _____</p> | <p>Número de Pessoas no Domicílio:</p> <p>(0) Vive Sozinho (1) 1 – 3 (2) Mais de Quatro</p> |
| <p>Tem plano de saúde?</p> <p>(0) sim (1) não</p> | <p>Quem é o cuidador:</p> <p>(0) não possui (1) filho (a) (2) neto (a) (3) cuidador pago</p> |
| <p>História prévia de quedas</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>História de quedas nos últimos 12 meses?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>Quantas quedas nos últimos 12 meses?</p> <p>(0) 1</p> | <p>Quanto ao domicílio possui:</p> <p>(0) Escadas (1) Degrau/desnível (2) Tapetes (3) Corrimão (4) Animal</p> |

| | |
|--------|--|
| (1) 2 | |
| (2) 3 | |
| (3) >3 | |

TESTE DO TIME UP GO

➤ **OBJETIVO:** Permite avaliar a mobilidade



Teste : paciente é convidado a levantar-se da cadeira, andar um percurso de 3 metros, girar e retornar a sua cadeira e sentar-se novamente.

RESULTADOS

(0) Até 10 segundos: SEM RISCO DE QUEDAS

(1) De 10,01 a 20 segundos: BAIXO RISCO DE QUEDAS

(2) De 20,01 a 29 segundos: RISCO MODERADO DE QUEDAS

(3) Acima de 30 segundos: ALTO RISCO DE QUEDAS

9.2 TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Analisar o risco de quedas nos idosos em uma Unidade de Saúde da família do Conjunto Universitário – Rio Branco/AC.”**, conduzida por **Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos e Cirley Lobato**. Este estudo tem por objetivo analisar o risco de quedas dos idosos, bem como seus problemas, possibilitando aos profissionais de saúde da unidade aumentar a precisão do diagnóstico, tornar o prognóstico mais correto, diminuir o risco de iatrogenias, facilitar condutas preventivas, adequar medidas assistenciais, facilitar o acompanhamento e assim contribuir para a melhora da qualidade de vida dos idosos atendidos pela unidade.

Você foi selecionado por ser um paciente idoso cadastrado na Unidade de saúde da família do Conjunto Universitário. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A sua participação no estudo não acarretará riscos à sua saúde, como também não será remunerada e tampouco implicará em custos a você. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas de informações sócio demográfico e clínica, e realizar o teste Time Up Go para mensurar a o risco de queda. Esse teste é uma medida prática de mobilidade funcional e que avalia o desempenho em tarefas motoras essenciais para uma vida independente tais como: controlar tanto a descida, para uma posição sentada quanto a subida, para uma posição ereta, caminhar uma pequena distância e mudar a direção da caminhada. Essa aplicação do Teste e do questionário serão realizadas durante visitas domiciliares conduzidas pela médica pesquisadora responsável e demais membros da pesquisa, são eles: residentes, enfermeira, agente de saúde que é acadêmico de enfermagem da UNINORTE, todos estes que funcionários da UBS – Dr Nímio Insfran, juntamente com os acadêmicos do Curso de Medicina da UFAC que são regularmente inseridos nas atividades da unidade de saúde

Os dados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos apenas nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine no final deste documento, que possui duas vias sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Segue o telefone, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos da pesquisadora responsável- contato: (68) 99948 – 4534.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Rio Branco, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora ou Membro da Pesquisa:

Rubrica do (a) participante: _____

Rubrica da pesquisadora ou Membro da pesquisa:

Digital do participante

9.3 Parecer de aprovação do projeto – Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO
ACRE - HCA/FUNDHACRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAR O RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS ATENDIDOS EM UMA COMUNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO EM RIO BRANCO/AC NO PERÍODO DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2016.

Pesquisador: kátia fernanda constância ferrão campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61510716.8.0000.5009

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.827.792

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_759028.pdf | 28/10/2016 00:55:52 | | Aceito |
| Outros | termocompromisso.pdf | 28/10/2016 00:55:20 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclecontinua.pdf | 28/10/2016 00:52:32 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf | 28/10/2016 00:52:16 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Outros | cartacep.pdf | 28/10/2016 00:50:07 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |

| | | | | |
|--|---------------------|------------------------|---|--------|
| Declaração de Pesquisadores | declaracaoda.pdf | 28/10/2016 00:48:08 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaodados.pdf | 28/10/2016 00:47:52 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaopes.pdf | 28/10/2016 00:46:23 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaope.pdf | 28/10/2016 00:45:45 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao.pdf | 28/10/2016 00:42:47 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 20/08/2016 00:32:31 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.docx | 18/08/2016 23:36:10 | kátia fernanda constância ferrão campos | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO BRANCO, 21 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rosely de Freitas Padula
(Coordenador)

Endereço: BR 364 - Km 02**Bairro:** Distrito Industrial**CEP:** 69.914-217**UF:** AC**Município:** RIO BRANCO**Telefone:** (68)3226-4809**Fax:** (68)3226-4809**E-mail:** cep.hc@ac.gov.br

9.4 Artigos

9.4.1 Artigo 1: AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO, RIO BRANCO – AC.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL (MECS)

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO
BRANCO/AC**

Rio Branco - AC

2018

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO
BRANCO/AC.”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobado

Rio Branco - AC

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- C198a Campos, Kátia Constância Ferrão, 1981-
Avaliação de risco de quedas nos idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família do Conjunto Universitário / Kátia Constância Ferrão Campos. – 2018.
121 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Branco, 2018.
Inclui referências bibliográficas e anexos.
Orientadora: Profª. Drª. Cirley Maria de Oliveira Lobato.
1. Idosos. 2. Idosos – Cuidados médicos. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD: 613

Bibliotecária: Alanna Santos Figueiredo CRB-11º/1003

KÁTIA FERNANDA CONSTÂNCIA FERRÃO CAMPOS
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CONJUNTO UNIVERSITÁRIO – RIO BRANCO/AC.

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre - UFAC:

Data da aprovação: 16 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr(a) Cirley Maria de Oliveira Lobato (Presidente)
Universidade Federal do Acre - UFAC

Prof. Dr(a) Carolina Pontes Soares (Membro Externo)
Faculdade Barão do Rio Branco - UNINORTE

Prof. Dr. Orivaldo Florêncio de Souza (Membro Interno)
Universidade Federal do Acre – UFAC

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECs para o formato da Dissertação foram contempladas.

Prof. Dr(a) Cirley Maria de Oliveira Lobato
Universidade Federal do Acre - UFAC

Rio Branco – AC

2018

DEDICATÓRIA

“A DEUS por me fortalecer quando estava sem forças para continuar. “Antecipo-me ao alvorecer do dia e clamo; na tua palavra, espero confiante”. Sl 119.146”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Em primeiro lugar, agradeço ao Senhor Jesus, por me conceder a vida, saúde e forças para enfrentar os obstáculos e poder estar escrevendo nesse momento. Mais um sucesso alcançado na fé e na confiança em tua palavra.

Aos meus pais, Ivani Constância Ferrão e Aluizio Meira Ferrão, meu irmão, Diógenes, pelas orações, palavras de incentivo e por sempre acreditarem no meu potencial.

Ao meu esposo Thales Campos, por seu companheirismo e amizade, por incentivar meu crescimento e me apoiar. Brigada por ser meu alicerce. Essa conquista é nossa.

A minha filha, Luísa, minha Lulu, por entender minha ausência e ser minha fã.

Aos meus pacientes idosos e seus familiares que me receberam em suas casas se dispondo a colaborar com esta pesquisa. A vocês meu muito obrigada.

À professora Cirley Maria de Oliveira Lobato por ter sido mais que uma orientadora, foi uma mãe. Com sua sabedoria me conduziu nesse árduo caminho que trilhamos para que juntas possamos desfrutar dessa conquista. A você minha gratidão por toda paciência e confiança. Você é um exemplo de profissional, competência e humanidade.

Aos meus alunos, Ana Flávia Lemos, Sandino Magalhães, André Labat pela confiança em acreditar nessa pesquisa e foi um orgulho ter sido orientadora de vocês e termos três artigos frutos dessa pesquisa.

Aos meus residentes, Alexandre Gomes de Lima, Rodrigo Dourado e Pilar Melgado, agradeço pelo apoio nos dois anos do mestrado e por sempre me auxiliarem nas minhas ausências na unidade de saúde e com meus alunos.

Agradeço ao coordenador da USF Nímio Insfram, meu parceiro, amigo e membro desta pesquisa por seu apoio e compreensão nas ausências nesses dois anos.

As minhas orientandas da Nutrição, Blenda e Winnie, pela confiança neste projeto e por ter desempenhado com tanto cuidado e competência a coleta de dados.

As minhas amigas de mestrado Vanessa Cardoso, Quiria Ribeiro, Deborah Tognari, Daniela Neves, Maithê Leite, Ruth Lima, Jaqueline Valente, pela amizade e estudos de pesquisa e para provas. Estamos formando.

Aos meus amigos acreanos que são minha família nesse estado que fazem parte da minha vida e da minha trajetória. Que vibram junto em cada conquista. Brigada pelo carinho, amizade, torcida e ajuda sempre que precisei.

Agradeço as pessoas que colaboraram para realização deste projeto, cada um com sua contribuição, quer seja com sugestões, coleta de dados, troca de idéias e sugestões para melhorar. Minha amiga Katiuscia Larsen, sempre trocando idéias e compartilhando experiências do seu doutorado, e minha parceira e amiga Milagros Clavijo, por ser essa incentivadora na busca de pesquisas na área do envelhecimento.

“ A mente que se abre a uma nova idéia jamais volta ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

LISTA DE TABELA

- Tabela 01.** Perfil Sociodemográficos dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram, conforme o sexo, no Período de Janeiro a março de 2017.
- Tabela 02.** Análise dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas segundo a Faixa Etária, Presença de Quedas nos Últimos 12 meses e Quantidade de quedas nos últimos 12 meses, conforme o Sexo, no Período de Janeiro a março de 2017.
- Tabela 03.** Análise Comparativa da Caracterização Domiciliar dos idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas, no Período de Janeiro a março de 2017.
- Tabela 04.** Análise Comparativa da Caracterização Clínica dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram com História de quedas, no Período de Janeiro a março de 2017.
- Tabela 05.** Análise Comparativa dos Resultados do Teste Time UP Go dos Idosos Cadastrados na USF Nímio Insfram conforme Sexo, Faixa Etária, Comorbidades, Uso de Medicação, Quedas nos últimos 12 meses e Quantidade de Quedas nos Últimos 12 meses, no Período de Janeiro a Março de 2017.

RESUMO

No Brasil há quase 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; e, em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos. O evento queda envolve uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais). O Ministério da Saúde considera a queda em idosos um importante problema de saúde pública, dada sua alta incidência e suas consequências na qualidade de vida – lesão, incapacidade, institucionalização, depressão e morte. Assim, é de fundamental importância identificar os fatores de risco, com a finalidade de desenvolver intervenções eficazes para o planejamento de ações preventivas. O objetivo da pesquisa foi avaliar o risco de quedas dos idosos cadastrados na Unidade de saúde da Família Nímio Insfran – Rio Branco/AC, no período de janeiro a março de 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal realizado com os idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família Nímio Insfran, onde foi aplicado um questionário sociodemográfico e o Teste Time Up Go, realizados durante visitas domiciliares pelos membros do projeto. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Rio Branco-Acre, CAAE 61510716.8.0000.5009. A idade média dos idosos foi 69,77 anos (DP± 8 anos) mediana de 67 anos com predomínio do sexo feminino (65,6%). A faixa etária dos idosos jovem (60 aos 74 anos) foi apresentou maior número de quedas (73,1%). A Hipertensão Arterial foi a doença crônica (37,5%) mais frequente e o somatório dos pacientes portadores de mais de uma doença (27,5%). A média de quedas na população idosa foi de 3,04,(DP±1,58) e a mediana de 4,00. O histórico de quedas foi relatado em 49,4% (79/160) dos pacientes idosos com predomínio do sexo feminino (36,2%; p= 0,04) e na faixa etária de 60 a 74 anos (67,1%; P=0,001). A prevalência de quedas nos últimos 12 meses, foi de 58,2% (p=0,02). E desses, pelo menos 1 queda nos últimos 12 meses (48,1%) foi relatado (p=0,01). 51,2% dos idosos caidores não possuem conjuge (p=0,003), 67% residiam em domicílios com fatores de riscos estruturais e não estruturais. Em relação, ao desempenho no Teste do Time Up Go, os idosos com história de quedas apresentaram Baixo risco e estavam principalmente faixa etária dos idosos jovens (60,8%; p=0,001). Conclusão: verificou-se que os idosos participantes da pesquisa tiveram predomínio de idosos pertencentes ao gênero feminino, na faixa etária 60 a 74 anos, com conjuge e moradores do Universitário 3. Houve uma alta prevalência de quedas e sendo as idosas jovens, com maior risco de cair. Os idosos caidores relataram presença de quedas nos últimos 12 meses, de pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período. Os fatores de risco para quedas com maior ocorrência foi os fatores extrínsecos, como as características do domicílio dos idosos caidores apresentarem uma associação de fatores estruturais e não-estruturais. Verificou-se que ser um idoso jovem, ativo e funcional tem maior risco de cair porque realiza atividades de forma independente. Este fato foi fortalecido com o resultado do desempenho do teste de mobilidade. O idoso jovem teve desempenho com predomínio de Baixo risco, sendo estes idosos com maior prevalência de quedas no presente estudo. Diante desses resultados é necessário planejar ações de educação em saúde voltadas para diminuir o risco de quedas, concientizar a comunidade do Conjunto Universitário dos fatores de riscos e promover estratégias de apoio a Saúde dessa população idosa.

Palavras-chave: risco de quedas, idosos da comunidade, saúde do idoso.

ABSTRACT

In Brazil there are almost 20 million people aged 60 or over; and by 2025 this number will reach 32 million, and will occupy the 6th place in the world in the number of the elderly. The fall event involves an interaction between intrinsic (those related to the individual) and extrinsic factors (those associated with environmental characteristics). The Ministry of Health considers the fall in the elderly an important public health problem, given its high incidence and its consequences on the quality of life - injury, incapacity, institutionalization, depression and death. Thus, it is of fundamental importance to identify the risk factors, with the purpose of developing effective interventions for the planning of preventive actions. The objective of this study was to evaluate the risk of falls in the Elderly Family Insfram - Rio Branco / AC, from January to March, 2017. This is a cross-sectional, cross-sectional study carried out with the elderly registered in the Health Unit of the Nimio Insfran Family, where a sociodemographic questionnaire and the Time Up Go Test were carried out during home visits by the members of the project. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Hospital das Clínicas of Rio Branco-Acre, CAAE 61510716.8.0000.5009. The mean age of the elderly was 69.77 years ($SD \pm 8$ years), median of 67 years, with a predominance of females (65.6%). The age group of the elderly (60-74 years old) presented a greater number of falls (73.1%). Arterial Hypertension was the most frequent chronic disease (37.5%) and the sum of patients with more than one disease (27.5%). The mean number of falls in the elderly population was 3.04 ($SD \pm 1.58$) and the median was 4.00. The history of falls was reported in 49.4% (79/160) of elderly patients with predominance of females (36.2%) and in the age group 60-74 years (67.1% ; $P = 0.001$). The prevalence of falls in the last 12 months was 58.2% ($p = 0.02$). And of these, at least 1 decrease in the last 12 months (48.1%) was reported ($p = 0.01$). 51.2% of the elderly caidores had no spouse ($p = 0.003$), 67% lived in households with structural and non-structural risk factors. In relation to the performance in the Time Up Go Test, the elderly with a history of falls presented low risk and were mainly in the elderly (60.8%, $p = 0.001$). Conclusion: it was verified that the elderly participants of the research had a predominance of elderly women belonging to the female gender, in the age group 60 to 74 years, with spouse and residents of University 3. There was a high prevalence of falls and the young women, risk of falling. The elderly caidores reported presence of falls in the last 12 months, of at least 2 episodes of falls in the same period. The risk factors for falls with higher occurrence were the extrinsic factors, as the characteristics of the home of the elderly caidores present an association of structural and non-structural factors. It has been found that being a young, active and

functional elder is at greater risk of falling because he or she performs activities independently. This fact has been strengthened with the result of the mobility test performance. The elderly had performance with a predominance of Low risk, being these elderly with a higher prevalence of falls in the present study. In view of these results, it is necessary to plan health education actions aimed at reducing the risk of falls, raising awareness among the community of the risk factors and promoting strategies to support the health of this elderly population.

Key words: risk of falls, community elderly, elderly health

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. APRESENTAÇÃO | 12 |
| 2. INTRODUÇÃO | 14 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 18 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 4. CAPÍTULO I - Avaliação do Risco de Quedas nos Idosos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no Conjunto Universitário, Rio Branco – Acre | 19 |
| 5. CONCLUSÃO GERAL | 36 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| 7. ANEXOS | 41 |
| 7.1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. | 42 |

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Avaliação do Risco de Quedas dos idosos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no Conjunto Universitário, Rio Branco-Acre” está organizada em: Introdução, onde é explanado sobre envelhecimento populacional, transição demográfica, quedas, os fatores de risco para quedas e o Teste do Time Up Go; em sequência o objetivo do estudo.

No Capítulo I é apresentado o manuscrito oriundo do estudo realizado com os idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família do Conjunto Universitário de Rio Branco-Acre. Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública, constando em anexo as regras de submissão à revista pretendida.

Ao final do trabalho, são apresentadas as considerações finais seguidas das referências utilizadas para embasamento teórico.

2. INTRODUÇÃO

As condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, tem sofrido grandes transformações principalmente na estrutura demográfica, acarretando um crescimento da população idosa. Este crescimento traz repercussões tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento que não estão preparados para o envelhecimento de sua população e que acarretará em aumento da demanda de atendimentos à saúde¹.

No Brasil, há aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; estima-se que em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos; e, em 2050, terá mais pessoas idosas que o de crianças e jovens de 0 a 15 anos. O impacto dessa mudança demográfica é imenso; e com um grande desafio para os países². A população vivencia um processo de transição que traz repercussões tanto para sociedade, quanto para o sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, pois não estão preparados para o atendimento frente ao envelhecimento³.

No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso é considerado idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos². Quanto a idade cronológica, o idoso pode ser classificado como: idoso jovem, com idade entre 64 a 74 anos; idoso idoso ou idoso mediano, com idade entre 75 a 84 anos; e o idoso mais idoso, com idade igual ou superior a 85 anos⁴.

Saber diferenciar senescência de senilidade é essencial quando falamos sobre envelhecimento. A senescência é o resultado de modificações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, enquanto senilidade são as mudanças por afecções que acometem o idoso, por exemplo: acidentes, patologias ou desequilíbrio emocional, que pode determinar uma condição patológica que limite a capacidade funcional, levando a uma condição de fragilidade que necessite de assistência⁵.

Existe uma correlação direta entre os processos de transição da estrutura etária e epidemiológica. Com a diminuição da mortalidade que se concentra em processos infecciosos em pessoas jovens, estes começam a adquirir fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, e com o aumento da população idosa e da expectativa de vida, aparecem as complicações advindas do envelhecimento. Assim, o perfil de saúde se modifica, doenças agudas com resolutividade rápida em detrimento das doenças crônicas e de suas complicações, que acarreta em sobrecarga dos serviços de saúde⁶.

A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para o nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”⁷.

Queda no idoso é considerada a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais⁸. Na velhice, o acidente domiciliar é um evento comum. Mesmo não evoluindo para morte, podem ocasionar danos graves, comprometendo a qualidade de vida dos idosos⁹.

A ocorrência de quedas no Brasil não difere dos padrões observados em outros países. Aproximadamente 30-40% idosos brasileiros, residentes na comunidade, caem ao menos uma vez ao ano, destes 50% sofrerão nova queda. Enquanto 11% dos idosos caem de forma recorrente¹⁰. A prevalência aumenta com a idade, chegando a 50% nos pacientes acima de 80 anos¹¹.

Na população idosa em seu cotidiano vários fatores podem facilitar ou propiciar a ocorrência de quedas. Sendo esta de etiologia multifatorial e que envolve uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais)^{12,13}.

Não podemos deixar de relatar a importância da avaliação da marcha nos idosos, pois a diminuição em sua velocidade está associada a uma dificuldade de controle do equilíbrio postural, à redução de força muscular e à quantidade reduzida de exercício físico¹⁴. A marcha é uma parte integral das atividades de vida diária¹⁵.

Temos vários testes que são descritos e utilizados para avaliar o equilíbrio e mobilidade funcional dos idosos, com o objetivo de determinar o risco de quedas^{16,17}. O Teste clínico, TUG (Time Up and go) é um teste rápido que não necessita de equipamento especial e utilizado como uma ferramenta de triagem para avaliar funções de marcha e identifica os idosos com risco de cair que são acompanhados em unidade básica de saúde em determinada comunidade. Portanto, o TUG (Time Up and go) é uma medida prática de mobilidade funcional pois avalia idosos frágeis ou em risco e não necessita de nenhum equipamento especial ou treinamento¹⁸.

Em meio à vasta produção científica a respeito do risco de quedas, esse tem o objetivo avaliar o risco de quedas dos idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no conjunto Universitário em Rio Branco-Acre.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o risco de quedas nos idosos atendidos na Unidade de saúde da família do Conjunto Universitário – Rio Branco/AC. .

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico dos idosos
- Identificar os fatores riscos associados ao histórico de quedas dos idosos
- Analisar o risco de quedas nos idosos através do desempenho do Teste do “Time Up Go”

4. CAPÍTULO I - Avaliação do Risco de Quedas nos Idosos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no Conjunto Universitário, Rio Branco – Acre

Artigo a Ser Submetido à Revista de Saúde Pública

PT | EN



[A revista](#) [Artigos](#) [Destaques](#) [Instruções aos autores](#) [Submissão](#) [FAQ](#)

RSP Revista de
Saúde Pública

Contribuições científicas originais sobre temas
relevantes para área da saúde pública.

A Revista

Avaliação do Risco de Quedas nos Idosos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no Conjunto Universitário Rio Branco – Acre.

Evaluation of the Risk of Falls in the Elderly Registered in a Family Health Unit in the Rio Branco - Acre University Complex.

Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos¹, Carolina Pontes soares², Cirley Maria de Oliveira Lobato³.

¹Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Professora Efetiva do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre – UFAC, Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre – UFAC.

²Pós-Doutorado em Morfologia, Dr(a) em Morfologia, Profa. Do Curso de Medicina da Faculdade Barão do Rio Branco – Uninorte.

³Doutora em Saúde Pública, Profa. Dr(a) Universidade Federal do Acre – UFAC.

Correspondência:

Kátia Fernanda Cosntância Ferrão Campos

Avenida Recanto Verde, 350 Residencial Riviera Dei Fiori Quadra 04 e Casa 01 CEP 69919-182 – Rio Branco-AC

E-mail: katiafernandacfc@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o risco de quedas dos idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família do Conjunto Universitário, Rio Branco-Acre. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal realizado com os idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família Nímio Insfran. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e o Teste Time Up Go, realizados durante visitas domiciliares pelos membros do projeto. A análise dos dados foi realizada no Programa SPSS 20.0, feito Média, Mediana e Desvio Padrão e realiado análise do Teste do Qui-quadrado. **RESULTADOS:** A idade média dos idosos foi 69,77 anos (DP± 8 anos) mediana de 67 anos com predomínio do sexo feminino (65,6%). A faixa etária dos idosos jovem (60 aos 74 anos) apresentou maior número de quedas (73,1%). A Hipertensão Arterial foi a doença crônica (37,5%) mais frequente e o somatório dos pacientes portadores de mais de uma doença (27,5%).

A média de quedas na população idosa foi de 3,04 (DP±1,58) e a mediana de 4,00. O histórico de quedas foi relatado em 49,4% (79/160) dos pacientes idosos com predomínio do sexo feminino (36,2%; p= 0,04) e na faixa etária de 60 a 74 anos (67,1%; P=0,001). A prevalência de quedas nos últimos 12 meses, foi de 58,2% (p=0,02). E desses, pelo menos 1 queda nos últimos 12 meses (48,1%) foi relatado (p=0,01). 51,2% dos idosos caídores não possuem conjuge (p=0,003), 67% residiam em domicílios com fatores de riscos estruturais e não estruturais. Em relação, ao desempenho no Teste do Time Up Go, os idosos com história de quedas apresentaram Baixo risco e estavam principalmente faixa etária dos idosos jovens (60,8%; p=0,001). **CONCLUSÃO:** Verificou-se que ser um idoso jovem, ativo e funcional tem maior risco de cair porque realiza atividades de forma independente. É necessário planejar ações de educação em saúde voltadas para diminuir o risco de quedas e promover estratégias de apoio a Saúde dessa população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: risco de queda, idosos da comunidade, saúde do idoso.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the risk of falls of the elderly enrolled in the Family Health Unit of the University Complex, Rio Branco-Acre. **METHODS:** This is a cross-sectional, cross-sectional study carried out with the elderly enrolled in the Insim Family Health Unit. A sociodemographic questionnaire and the Time Up Go Test were carried out during home visits by project members. The data analysis was performed in the SPSS 20.0 Program, done Average, Median and Standard Deviation and verified analysis of the Chi-square test. **RESULTS:** The mean age of the elderly was 69.77 years ($SD \pm 8$ years), median of 67 years, with a predominance of females (65.6%). The age group of the elderly (60-74 years old) had a greater number of falls (73.1%). Arterial Hypertension was the most frequent chronic disease (37.5%) and the sum of patients with more than one disease (27.5%). The mean number of falls in the elderly population was 3.04 ($SD \pm 1.58$) and the median was 4.00. The history of falls was reported in 49.4% (79/160) of elderly patients with predominance of females (36.2%; $p = 0.04$) and in the age group 60-74 years (67.1% ; $P = 0.001$). The prevalence of falls in the last 12 months was 58.2% ($p = 0.02$). And of these, at least 1 decrease in the last 12 months (48.1%) was reported ($p = 0.01$). 51.2% of the elderly caidores had no spouse ($p = 0.003$), 67% lived in households with structural and non-structural risk factors. In relation to the performance in the Time Up Go Test, the elderly with a history of falls presented low risk and were mainly in the elderly (60.8%, $p = 0.001$) **CONCLUSION:** It has been found that being a young, active and functional elder is at greater risk of falling because he or she performs activities independently. It is necessary to plan health education actions aimed at reducing the risk of falls and promoting strategies to support the health of this elderly population.

KEY WORDS: risk of falls, community elderly, elderly health.

INTRODUÇÃO

As condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, tem sofrido grandes transformações principalmente na estrutura demográfica, acarretando um crescimento da população idosa. Este crescimento traz repercussões tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento que não estão preparados para o envelhecimento de sua população e que acarretará em aumento da demanda de atendimentos à saúde¹.

A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo pra o nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”^{19,20}. Queda no idoso é considerada a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais⁴⁰. Na velhice, o acidente domiciliar é um evento comum. Mesmo não evoluindo para morte, podem ocasionar danos graves, comprometendo a qualidade de vida dos idosos⁹.

A ocorrência de quedas no Brasil não difere dos padrões observados em outros países. Aproximadamente 30-40% idosos brasileiros, residentes na comunidade, caem ao menos uma vez ao ano, destes 50% sofrerão nova queda. Enquanto 11% dos idosos caem de forma recorrente^{10,21}. A prevalência aumenta com a idade, chegando a 50% nos pacientes acima de 80 anos¹¹.

Na população idosa em seu cotidiano vários fatores podem facilitar ou propiciar a ocorrência de quedas. Sendo esta de etiologia multifatorial e que envolve uma interação entre fatores intrínsecos (aqueles relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (aqueles associados com características ambientais)^{12,13}.

Não podemos deixar de relatar a importância da avaliação da marcha nos idosos, pois a diminuição em sua velocidade está associada a uma dificuldade de controle do equilíbrio postural, à redução de força muscular e à quantidade reduzida de exercício físico¹⁴. A marcha é uma parte integral das atividades de vida diária¹⁵

Temos vários testes que são descritos e utilizados para avaliar o equilíbrio e mobilidade funcional dos idosos, com o objetivo de determinar o risco de quedas¹⁶. O Teste clínico, TUG (Time Up and go) é um teste rápido que não necessita de equipamento especial e utilizado como uma ferramenta de triagem para avaliar funções de marcha e identifica os idosos com risco de cair que são acompanhados em unidade básica de saúde em determinada comunidade¹⁷. Portanto, o TUG (Time Up and go) é uma medida prática de mobilidade funcional pois avalia idosos frágeis ou em risco e não necessita de nenhum equipamento especial ou treinamento¹⁸.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado nas áreas de abrangência da Unidade de Saúde da Família Dr. Nímio Insfran, localizada no Conjunto Universitário na cidade de Rio Branco/Acre.

A população do estudo foram os idosos cadastrados nos prontuários da unidade e feito o levantamento através dos agentes comunitários de saúde para identificação desses pacientes. Verificou-se que a unidade tem cadastrado 270 idosos, levando-se em consideração a idade como sendo acima de 60 anos. A seleção da amostra deu-se da seguinte forma: realizado uma divisão dos prontuários dos idosos cadastrados na unidade de saúde pela área de abrangência (Universitário 1, 2 e 3 e Distrito industrial) e os membros do projeto fizeram as visitas domiciliares nas residências.

Observou-se perdas da amostra devido óbito de pacientes, pacientes acamados por acidente vascular cerebral, pacientes portadores de doença de Alzheimer e mudança de endereço dos pacientes idosos em caráter temporário, pelo fato dos filhos compartilharem o cuidado de seus pais idosos, esses passam meses do ano em diferentes casas de seus filhos. Porém, não houve nenhum idoso que se recusou participar da pesquisa. Apesar de perdas, foi alcançado o número exato do cálculo amostral para a pesquisa.

O pesquisador responsável realizou uma capacitação aos demais membros da pesquisa, em duas etapas. Na primeira etapa, através de aulas expositivas, conteúdos referentes a Saúde do idoso, e na segunda etapa feito um treinamento prático, envolvendo a aplicação do Teste Time Up and Go aos idosos.

A aplicação do instrumento de pesquisa, foi realizada através de visitas domiciliares aos idosos pelos membros do projeto no período de janeiro a março de 2017. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e só após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido que foram coletados os dados. Esta coleta deu-se através de uma entrevista com um questionário semiestruturado, que abordou os seguintes dados: demográficos (sexo, faixa etária, área de abrangência, local de nascimento e procedência, estado civil, religião, nome do agente de saúde), socioeconômicos (escolaridade, renda, quem é o cuidador do idoso), informações clínicas (patologias prévias, uso de medicamentos, classes de medicamentos, outras medicações em uso e plano de saúde) e variáveis sobre fatores de risco de quedas (história prévia de quedas, quedas nos últimos 12 meses, quantidade de quedas nos últimos 12 meses, número de pessoas no domicílio, presença de fatores de risco para quedas no domicílio).

Após a realização das perguntas, foi aplicado o teste clínico Time Up and Go, para avaliar a mobilidade funcional do idoso. Este teste tem sua aplicabilidade em cronometrar o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira (a partir da posição encostada), andar 3 metros até um demarcador no solo, girar e voltar andando no mesmo percurso, sentando-se novamente com as costas apoiadas no encosto da cadeira. E terá como variáveis os possíveis resultados: Baixo risco de quedas até 20 segundos e Alto risco acima de 20 segundos.

Foram verificadas medidas de frequência e de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas. Medidas de associação em Tabelas de contingência (teste de associação (χ^2)) para as variáveis sexo, história de quedas e do Teste do Time Up Go.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa para seres humanos do Hospital das Clínicas do Acre, processo número CAAE 61510716.8.0000.5009.

RESULTADOS

Foram incluídos 160 idosos, com média de idade de 69,77 anos, mediana de 67 anos (DP \pm 8,0 anos) que residem nas áreas de abrangência da UBS Nímio Insfran do conjunto Universitário, Rio Branco – AC, sendo 65,6% do sexo feminino.

Na tabela 1 apresenta o perfil sociodemográficos dos idosos de acordo com o sexo, sendo que o gênero feminino foi o mais frequente na faixa etária 60-74 anos ($p=0,02$); o que mais teve história de queda ($p=0,04$); sem história de trabalho ($p=0,0001$), sem conjuge ($p=0,0001$) e menor escolaridade ($p=0,02$). Quanto a moradia, 54,4% residiam no Universitário 3; 47,5% se declararam evangélicos, 51,3%, 66,2% relataram menos de 8 anos de estudo e 35,6% recebe de 2 a 3 salários mínimos, conforme a Tabela 1.

TABELA 1 – Perfil sociodemográficos dos idosos acompanhados na USF Dr. Nímio Insfran, conforme o sexo, no período de Janeiro a Março de 2017.

| Variáveis | IDOSOS N=160 | | | p * |
|--------------------------|---------------|--------------|------------|-------------|
| | Masculino (%) | Feminino (%) | Total(%) | |
| Faixa etária | | | | 0,02 |
| 60-74 | 23,1 (37) | 50 (80) | 73,1 (117) | |
| 75-84 | 6,2 (10) | 14,4 (23) | 20,6 (33) | |
| Acima de 85 | 5 (8) | 1,3 (2) | 6,3 (10) | |
| Hist. quedas | | | | 0,04 |
| Sim | 13,1 (21) | 36,2 (58) | 49,4 (79) | |
| Não | 21,2 (34) | 29,4 (47) | 50,6 (81) | |
| Área de cobertura | | | | 0,62 |
| Distrito | 0,6 (1) | 3,8 (7) | 4,4 (8) | |
| Univ 1 | 7,5 (12) | 16,9 (27) | 24,4 (39) | |
| Univ 2 | 5 (8) | 11,9 (19) | 16,9 (27) | |
| Univ 3 | 21,4 (34) | 33,1 (7) | 54,4 (87) | |

| | | | | Continua ... |
|-------------------------|-----------|------------|------------|---------------|
| Ocupação | | | | 0,0001 |
| Sem trabalho | 23,8 (38) | 62,5 (100) | 86,2 (138) | |
| Com trabalho | 10,6 (17) | 3,1 (5) | 13,8 (22) | |
| Religião | | | | 0,004 |
| Não possui | 1,9 (3) | 0,6 (1) | 2,5 (4) | |
| Católico | 19,4 (31) | 26,2 (42) | 45,6 (73) | |
| Evangélico | 12,5 (20) | 35 (56) | 47,5 (76) | |
| Situaçãoconjugal | | | | 0,0001 |
| Sem conjuge | 8,8 (14) | 40 (64) | 48,8 (78) | |
| Com conjuge | 25,6 (41) | 25,6 (41) | 51,2 (82) | |
| Escolaridade | | | | 0,02 |
| ≤ 8 anos | 26,9 (43) | 39,4 (63) | 66,2 (106) | |
| > 8 anos | 7,5 (12) | 26,2 (42) | 33,8 (54) | |
| Renda familiar | | | | 0,61 |
| Até 1 salário | 8,1 (13) | 19,4 (31) | 27,5 (44) | |
| 2-3 salários | 11,2 (18) | 24,4 (39) | 35,6 (57) | |
| 4-6 salários | 8,1 (13) | 8,8 (14) | 16,9 (27) | |
| Acima 6 salários | 3,8 (6) | 3,8 (6) | 7,5 (12) | |
| Não quis falar | 3,1 (5) | 9,4 (15) | 12,5 (20) | |

***nível de significância 5% (p<0,05)**

A média de história de quedas nos idosos foi de 3,04 (DP±1,58) e mediana de 4,00, com prevalência no sexo feminino (36,2%). Entre os pacientes idosos com história de quedas, a faixa etária mais acometida foi a de 60 a 74 anos, considerados idosos jovens (67,1%), com maior proporção o sexo feminino (54,4%). Quanto a presença de quedas nos últimos 12 meses, foi encontrado 58,2% dos idosos entrevistados, destes houve relato de pelo menos 2 episódios de queda nos últimos 12 meses (48,1%). O somatório da quantidade de vezes de queda nos idosos no período de 12 meses (58,2%) é superior aos pacientes sem historia de queda (41,8%) neste mesmo período.

Na Tabela 2 observa-se que a Faixa etária mais jovem foi o fator com maior significância para História de queda (p=0,001), seguida de História de quedas nos últimos 12 meses, e a Quantidade de quedas foram fatores com significância para História de quedas em idosos (p=0,05).

Tabela 2 – Análise dos idosos cadastradas na UBS Nímio Insfran com história de quedas segundo a faixa etária, presença de quedas nos últimos 12 meses e quantidade de quedas nos últimos 12 meses, conforme o sexo, no período de janeiro a março de 2017.

| N= 79 | | | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------|--------------|
| VARIÁVEL | Masculino (%) | Feminino (%) | TOTAL (%) | P* |
| Faixa Etária | | | | 0,001 |
| 60 – 74 anos | 12 (10) | 54,4 (43) | 67,1 (53) | |
| 75 – 84 anos | 7,6 (6) | 19 (15) | 26,6 (21) | |
| Acima 85 anos | 6,3 (5) | 0 | (6,3 (5) | |
| Quedas nos último12m | | | | 0,02 |
| Sim | 10,1 (8) | 48,1 (38) | 58,2 (46) | |
| Não | 16,5 (13) | 25,3 (20) | 41,8 (33) | |
| Qte. Quedas nos últimos 12m | | | | 0,01 |
| Não teve queda | 16,5 (13) | 25,3 (20) | 41,8 (33) | |
| < 3 | 10,1 (8) | 38 (30) | 48,1 (38) | |
| > 3 | 0 | 10,1 (8) | 10,1 (8) | |

*** nível de significância 5% (p<0,05)**

Em relação às características do domicílio, a maioria das residências onde há idosos com histórico positivo para quedas há condições de risco estruturais e não estruturais (desnível, escada, degraus, tapetes e animal de estimação), em 35 residências (67%), enquanto a minoria delas apresenta domicílio com risco estruturais (desnível, escada e degrau), 26 (33%). Conforme tabela 03.

Este fato nos demonstra que o evento queda está mais relacionado as moradias que possuem além do fator estrutural, que muitas vezes é difícil de mudar, o fator de risco não estruturais, são passíveis de modificações para uma melhoria na adaptação da qualidade de vida do paciente idoso.

Tabela 03: Análise comparativa da caracterização domiciliar dos idosos cadastrados na USF Nímio Insfran com histórico de quedas no período de janeiro a março de 2017.

| História de quedas N-160 | | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| Variável | Sim (%) | Não (%) | Total (%) | p * |
| Características do domicílio | | | | 0,955 |
| Estruturais | 16,2 (26) | 16,9 (27) | 33,1 (53) | |
| Estrutural e Não estruturais | 33,1 (53) | 33,8 (54) | 66,9 (107) | |

***Nível de significância 5% (p<0,05)**

Na tabela 04 observa-se que 41,2% (66) dos idosos com história de quedas utilizam alguma medicação. Destes, 32,5% fazem uso de até quatro medicamentos (52), seja anti-hipertensivos, antidiabéticos, antidepressivos ou benzodiazepínicos, sendo que 16,8% dos idosos caidores (27) utilizam cinco ou mais medicamentos.

Vale ressaltar, que o preditor uso de medicação não tenha significância estatística ($p = 0,955$), é importante ter essa variável no estudo porque uso de mais de 5 medicamento constitui o conceito de Polifármacia, que constitui um fator de risco extrínseco para quedas.

A maioria dos que idosos com quedas apresenta alguma comorbidade, 128 idosos (80%), dos quais 42 (26,2%) possuem apenas uma patologia, e a minoria não apresenta nenhuma doença de base, 13 idosos (8,1%). Quanto a classe de medicação utilizada pelos idosos caidores, 19,4% fazem uso de mais de uma classe de medicação. Podemos observar que 8,1% dos idosos com história de queda não fazem uso de nenhuma medicação. Quanto ao estado civil dos idosos caidores, os que não possui conjuge são 30% do total.

Nenhuma dessas variáveis apresentou significância em relação a queda, demonstrando uma tendência de que os idosos caidores estão em uso de medicação e, a grande maioria utiliza mais de 1 classe de medicamentos.

Houve significância estatística quanto ao estado civil ($p= 0,003$), onde observou-se que os idosos com história de queda não possuem nenhum conjuge ou companheiro.

Tabela 4– Análise comparativa da caracterização clínica dos idosos cadastrados na USF Nímio Insfran com histórico de quedas no período de janeiro a marco de 2017.

| História de quedas N-160 | | | | |
|---------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| Variável | Sim (%) | Não (%) | Total (%) | p * |
| Uso de medicação | | | | 0,271 |
| Sim | 41,2 (66) | 38,8 (62) | 80 (128) | |
| Não | 8,1(13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |
| Número de medic. | | | | 0,188 |
| 0 – 4 medicamentos | 32,5 (52) | 38,1 (61) | 70,6 (113) | |
| 5 ou mais medic. | 16,8 (27) | 12,5 (20) | 29,4 (47) | |
| Comorbidades | | | | 0,429 |
| Nenhuma | 8,1(13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |
| Apenas 1 doença | 26,2 (42) | 26,9 (43) | 53,1 (85) | |
| Mais de 1 doença | 15 (24) | 11,9 (19) | 26,9 (43) | |
| Classe medicação | | | | 0,891 |
| Antihipertensivos | 12,5 (20) | 15,6 (25) | 28,1 (45) | |
| Antidiabéticos | 2,5 (4) | 0,6 (1) | 3,1 (5) | |
| Medic. controlada*** | 6,9 (11) | 4,4 (7) | 11,2 (18) | |
| Mais de 1 classe | 19,4 (31) | 18,1 (29) | 37,5 (60) | |
| Não faz uso | 8,1 (13) | 11,9 (19) | 20 (32) | |
| Estadocivil agrupado | | | | 0,003 |
| Com conjuge | 30 (48) | 18,8 (30) | 48,8 (78) | |
| Sem conjuge | 19,4 (31) | 31,9 (51) | 51,2 (82) | |

*Nível de significância 5% ($p < 0,05$).

** controlada (benzodiazepínicos e antidepressivos)

O teste clínico que avalia o desempenho da marcha e do equilíbrio, é o teste do Time Up and Go. A tabela 5, demonstra que os idosos com história de quedas apresentam Baixo Risco (76%), sendo o sexo feminino com maior percentagem (55,7%). Com relação a faixa etária, os idosos jovens possuem maior prevalência de Baixo risco para quedas (60,8%).

Os idosos caidores com diagnóstico de alguma doença possui um Baixo risco para quedas, com 60,8% do total. Quanto ao uso de medicação, os idosos que fazem uso de algum medicamento apresentaram Baixo risco de quedas (60,8%), enquanto 15,2% com Alto risco.

Em relação, aos idosos que relataram queda nos últimos 12 meses, houve prevalência de Baixo risco para quedas (41,8%). A variável quantidade de quedas nos últimos 12 meses, apresentou Baixo risco nos idosos com menos de 3 episódios de quedas, e Alto risco nos idosos acima de 3 episódios de quedas (3,8%).

Quanto a análise estatística dos preditores que estão na tabela 6, apenas a faixa etária apresentou significância ($p=0,001$). Esse resultado demonstra que os idosos jovens com história de quedas possuem na avaliação do Teste funcional um Baixo Risco de quedas.

Tabela 6 – Análise Comparativa dos resultados do Teste Time Up and Go dos idosos com história de quedas cadastrados na USF Nímio Insfran conforme o sexo, faixa etária, Comorbidades, uso de medicação, quedas nos últimos 12 meses e quantidade de quedas nos últimos 12 meses, no período de janeiro a março de 2017.

| Teste Time Up Go N=79 | | | | |
|------------------------------|----------------------|---------------------|------------------|--------------|
| VARIÁVEL | Baixo Risc(%) | AltoRisco(%) | TOTAL (%) | P* |
| Sexo | | | | 0,976 |
| Masculino | 20,3 (16) | 6,3 (5) | 26,6 (21) | |
| Feminino | 55,7 (44) | 17,7 (14) | 73,4 (58) | |
| Faixa Etária | | | | 0,001 |
| 60 a 74 anos | 60,8 (48) | 6,3 (5) | 67,1 (53) | |
| 75 a 84 anos | 13,9 (11) | 12,7 (10) | 26,6 (21) | |
| Acima de 85 | 1,3 (1) | 5,1 (4) | 6,3 (5) | |
| Comorbidades | | | | 0,600 |
| Nenhuma | 15,2 (12) | 1,3 (1) | 16,5 (13) | |
| Ate 1 doença | 36,7 (29) | 16,5 (13) | 53,2 (42) | |
| Mais de 1 doença | 24,1 (19) | 6,3 (5) | 30,4 (24) | |
| Uso medicação | | | | 0,134 |
| Sim | 60,8 (48) | 22,8(18) | 83,5 (66) | |
| Não | 15,2 (12) | 1,3 (1) | 16,5 (13) | |
| Quedaultimos12m | | | | 0,307 |
| Sim | 41,8 (33) | 16,5 (13) | 58,2 (46) | |
| Não | 34,2 (27) | 7,6 (6) | 41,8 (33) | |

| | | Continua ... | |
|--------------------------------------|-----------|--------------|-----------|
| Qte de quedas últimos 12m | | 0,226 | |
| Nenhuma | 34,2 (27) | 7,6 (6) | 41,8 (33) |
| < 3 | 35,4 (28) | 12,7 (10) | 48,1 (38) |
| >3 | 6,3 (5) | 3,8 (3) | 10,1 (8) |

***nível de significância 5% (p<0,05)**

DISCUSSÃO

Este estudo teve predomínio do sexo feminino, representando 65,6% do total dos idosos participantes da pesquisa, este fato é encontrado por alguns estudos e pesquisas realizadas no país^{2, 39, 40} que discutem sobre o processo de feminilização na população idosa, demonstrando um aumento na expectativa de vida da população feminina e um maior percentual no índice de mortalidade no sexo masculino.

Quanto a faixa etária prevalente foi os idosos jovens com 73,1% com predomínio do sexo feminino (50%) e com significância estatística (p=0,02). Este dado é corroborado com o Censo demográfico de 2000, onde demonstra que 55% da população maior de 60 anos no Brasil era composto por mulheres⁵¹.

Observou-se maior proporção de idosos com conjuge com 51,3%, com 25,6% distribuído de forma igual entre os dois sexos, e com (p=0,0001). Este dado não se assemelha a outros estudos^{48,51}, onde a maioria das mulheres são viúvas, e que a maioria dos homens são casados. Sendo essas informações fortalecidas em normas sociais e culturais que prevalecem na sociedade brasileira, onde as mulheres se mantem com maior frequência solteiras, enquanto os homens se casam na sua grande maioria.

Em relação, a escolaridade os idosos participantes da pesquisa relataram ter menos de 8 anos de estudo (66,2%), sendo prevalente no sexo feminino com 39,4%. Tal dado corrobora com outros estudos que evidenciam baixa escolaridade e, principalmente, o analfabetismo são considerados um fator limitante para a realização de atividades de vida diária e instrumentais no idoso, ou seja, atividades que ele tenha dificuldade para executar ou para fazer, tais como: ler, escrever, entender informações das prescrições, andar de transporte e lidar com dinheiro, entre outras situações^{19,45}.

Em um estudo de 2004 no interior de São Paulo um estudo com idosos evidenciou uma população com baixa escolaridade, sendo mais de 50% eram analfabetas, sendo a maioria, mulheres⁵¹. Este estudo entra em concordância com os resultados do presente estudo. Assim, investigar durante o atendimento ao idoso sobre seu grau de escolaridade é importante porque auxilia na compreensão de informações que são muitas vezes oferecidas ao idoso, quer seja em uma palestra ou em uma prescrição de medicamento.

Quando questionados sobre a renda, tivemos 27,5% dos idosos com até 1 salário mínimo, e a grande maioria com renda de 2 a 3 salários mínimos (35,6%), estes números se aproximam com a média de rendimento mensal do idoso no Brasil, que é de 1 salário mínimo. Quanto a situação de trabalho houve prevalência de 76,9% de idosos aposentados¹².

A Hipertensão Arterial é a doença isolada mais prevalente nos idosos entrevistados sendo os anti-hipertensivos a classe de medicação mais utilizada. Em uma pesquisa realizada em um centro de saúde de Fortaleza no ano de 2003, a doença mais citada pelos idosos entrevistados foi a Hipertensão Arterial com 75%⁵², sendo o uso da medicação para Hipertensão um dos fatores de risco para quedas.

A queda é caracterizada como uma síndrome geriátrica, e pode ser um preditor de que algo está errado com a saúde do idoso³⁸. Neste trabalho, a prevalência de quedas foi de 49,4% nos idosos da comunidade do Universitário, tendo uma média de 3,04 quedas e mediana de 4,00. Esse resultado corrobora com um estudo realizado no Centro Regional de Estudos Aplicados a Terceira Idade da Universidade de Passo Fundo, com o objetivo de avaliar o risco de quedas nos idosos, e verificou-se um alto índice de risco de quedas, com 45,5% dos idosos³⁵.

Quanto ao sexo, as mulheres têm maior risco de cair (36,2%) e outros estudos também se assemelham a esse resultado^{19,38,51}. No entanto, explicar as possíveis causas desse fenômeno ainda são controversas. Sugere-se que as idosas caidoras possuem maior prevalência de doenças crônicas-degenerativas e uma maior fragilidade quando comparadas aos homens¹⁹.

Outros estudos explicam que essa maior proporção de risco de quedas nas mulheres deve-se as características fisiológicas e na estrutura óssea e muscular, as alterações hormonais relacionadas à menopausa por apresentarem maior perda óssea e com maior risco de fratura, além da realização de múltiplas tarefas ligadas a atividades domésticas^{45,51}.

Quanto a faixa etária dos pacientes com história de quedas, temos os idosos jovens (60 a 74 anos) com prevalência de 67,1%, com o sexo feminino em sua maioria (54,4%). A faixa etária

apresentou significância estatística ($p=0,001$). Este fato significa que os idosos da pesquisa com história de quedas são os idosos jovens, os chamados idosos funcionais ou ativos. Tal resultado não se assemelha a outros estudos prévios sobre o assunto queda, pois evidenciam que os idosos mais velhos são os idosos caidores^{41,45}.

Um dado interessante na pesquisa é que os idosos caidores que não possui conjuge tem maior risco de quedas (30%) com significância estatística ($p=0,003$). Isto significa que os idosos com história de quedas têm maior prevalência nos que não apresenta conjuge ou companheiro.

Em um estudo de uma coorte (1991-1992 e 1994-1995) de 1.667 idosos de 65 anos ou mais residentes na comunidade, município de São paulo, evidenciou que idosos viúvos, solteiros e divorciados, em geral, residem sozinhos ou em domicílios de uma geração, realizando tarefas associadas à instabilidade funcional, podendo acarretar situações de risco para quedas. Este estudo teve uma prevalência de 28,5% de idosos caidores com mais de uma vez e que não possuem vida conjugal. Ocorre aumento para 32,5% entre idosos sem vida conjugal e que residem sozinhos, e para 39% entre os idosos sem vida conjugal que moram em domicílios de uma geração¹⁹.

Dos idosos caidores, 58,2% relatou presença de quedas nos últimos 12 meses, e pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período. Alguns estudos prospectivos indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas^{12,19}.

As quedas são resultantes de causas multifatoriais, sendo as mesmas atribuídas a fatores intrínsecos e extrínsecos⁴³. Os fatores intrínsecos estão relacionados às alterações que decorrem da idade. E os extrínsecos tem relação com as condições do ambiente que o idoso está inserido³².

Na tabela 3, as características do domicílio dos idosos caidores esteve relacionado com a presença de risco que associavam fatores estruturais e não-estruturais (33,1%), são eles: degraus, desnível ou escadas e tapetes, animal, calçados, banheiros e uso de mais de 4 medicações. Sendo alguns desses fatores facilmente modificáveis em ações preventivas e de educação em saúde.

Alguns estudos evidenciam associação entre a ocorrência de quedas e o uso de múltiplos medicamentos, ou seja, com a polifármacia. A polifármacia em pacientes idosos pode aumentar o risco de quedas^{35,39,43,45}. Tal fato não foi evidenciado em nosso estudo, pois os idosos caidores não fazem uso de polifármacia. Esse resultado não teve significância estatística ($p= 0,188$), e tal fato significa que os idosos com história de quedas dessa pesquisa, os idosos jovens, estão em uso de um menor número de medicamentos.

No presente estudo, os idosos caidores tiveram um desempenho do Teste para Baixo risco (76%). Sendo a faixa etária de idosos jovens a de maior prevalência (60,8%) com resultado do teste com Baixo risco para quedas. Esse preditor teve significância estatística ($p=0,001$), e significa que os idosos caidores da pesquisa são os idosos mais jovens com um desempenho no Teste para Baixo Risco de quedas.

Quando se compara outros estudos prévios observa-se que o resultado não se assemelha, pois, a faixa etária com prevalência de quedas são os idosos acima de 80 anos³¹. Em um estudo observaram forte associação da alteração da mobilidade, através da aplicação do Teste do Time Up Go, com a variável idade, e o resultado foi que a maioria dos idosos pertencentes às faixas etárias mais elevadas tiveram maior déficit na mobilidade³⁰.

A prevenção tem o objetivo de evitar o trauma e os seus efeitos. São eficazes quando realizado em conjunto com a equipe da unidade de saúde da família para reduzir os episódios de quedas. O principal objetivo é melhorar o estado funcional e reduzir o risco de lesão.

CONCLUSÃO

Verificou-se neste estudo que os idosos participantes possuíam idade média de 69,77 anos e uma mediana de 67 anos, predomínio da maioria dos idosos pertencentes ao gênero feminino, na faixa etária de 60 a 74 anos, com cônjuge. A média de quedas nos idosos foi de 3,04 e uma mediana de 4,00, com alta prevalência de quedas e sendo as mulheres, idosas jovens, com maior risco de cair. Os idosos caidores relataram presença de quedas nos últimos 12 meses, de pelo menos 2 episódios de quedas no mesmo período.

Os fatores de risco para quedas com maior ocorrência foi os fatores extrínsecos, como as características do domicílio dos idosos caidores apresentarem uma associação de fatores estruturais e não-estruturais. Observou-se que ser idoso jovem, ativo e funcional tem maior risco de cair porque realiza atividades de forma independente. Este fato é obtido com o resultado do desempenho do teste de mobilidade. O idoso jovem teve desempenho com predomínio de Baixo risco, sendo estes idosos com maior prevalência de quedas no presente estudo.

Diante desses resultados é necessário planejar ações de educação em saúde voltadas para diminuir o risco de quedas e promover estratégias de apoio a Saúde dessa população idosa.

5. CONCLUSÃO GERAL

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que os idosos jovens, ativos e funcionais e do sexo feminino possuem mais risco de quedas e necessitam de ações que os auxiliem na melhoria da adaptação dos fatores extrínsecos, ressaltando a importância da equipe de saúde da família na realização de ações de promoção e cuidado com a saúde do idoso.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatria* .2002;24(1):3-6.
2. BRASIL. Lei n 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf (acessado em 10 de julho de 2017).
3. PINHO, T.A.M.; SILVA, A.O.; TURA, L.F.R.; MOREIRA, M.A.S.P.; GURGEL, S.N.; SMITH, A.A.F & BEZERRA, V.P. Avaliação do risco de quedas em idosos, atendidos em unidade básica de saúde. *REV. ESC. ENFERM. USP*. 2012; 46(2); 320-7.
4. FELTEN, B.S et al. *GERIATRIA E GERONTOLOGIA*. Traduzido por: CONSENDEY, C.H.Rio de Janeiro: Ed. Reichmann & Autores Editores, 2005. p648
5. BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P.192. P. 67-70.
6. KALASHE, A.; VERAS, R.P; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*. 21 (3): 200-10, 1987.
7. MOURA, R. N. et al. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia*, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999.
8. 40. FTHON, J.R.S.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; SILVA, A.O.; SANTOS, J.L.F.; RODRIGUES, R.A.P. Prevalence of falls among frail elderly adults. *REV. Saúde Pública*, 2013. 47 (2): 266-73.
9. MELO, B.R.S.; SANTOS, P.R.S.; GRATÃO, A.C.M. Extrinsic risk factors for falls in the elderly people: a literature review. *REAS, Revista ELETRÔNICA Acervo Saúde*, 2014. Vol.6(2), 695-703.
10. Perracini MR, Ramos LR. Fall-related factors in a cohort of elderly Community residents. *Rev Saude Pública* 2002;36:709-16.
11. CUNHA, A.A; LOURENÇO, R.A. Falls in the elderly: prevalence and associated factors. *REV. HUPE*, Rio de Janeiro, 2014; 13(2):21-29.
12. GAWRYSZEWSKI, V.P.; Importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Brasileira*. 2010;56 (2):162-7.
13. FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; SILVA, A.O.; SANTOS, W.S.; MOREIRA M.A.S.P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev. Esc. Enfermagem – USP*. 2010; 44 (4): 1065-9.
14. SCHIAVETO, F.V.; Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
15. FREITAS, E.V.; PY, E.; CANÇADO, F.A.C; GORZONI, M.L.; *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2006. P.900-9.
16. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance em pacientes idosos: o teste "Get-up and Go". *Arch Phys Med Rehabil*. 1986; 14 (6): 387-389.
17. Podsiadlo D, Richardson S. O Timed "Up & Go": um teste de mobilidade funcional básica para idosos frágeis. *J Am Geriatr Soc*. 1991; 14 (2): 142-148.

18. AVEIRO, M.S; DRIUSSO, P.; BARHAM, E.J; PAVARINI, S.C.I.; OISHI, J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. 2012. Ciênc. Saúde coletiva v.17. n.9 Rio de Janeiro.
19. RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; SOUZA, C.S.; SCHILITZ, A.O.; ATIE, S.; SOUZA, A.C. The influence of falls on the quality of life of the aged. Ciênc. Saúde coletiva.v.13, n.4, Rio de Janeiro, 2008.
20. MAIA, B.C.; VIANA, P.S.; ARANTES, P.M.M.; ALENAR, M.A. Consequences of falls in older people living in the Community. REV. Bras. Geriat. e Geront. V.14, n.2, Rio de Janeiro, 2011.
21. SANTAMARÍA, A.L.; GIMÉNEZ, P.J.; SATORRA, T.B.; ORRIO, C.N & MONTROY, M.V. Prevalence and factors associated with falls in older adults living in the community. Elsevier, España, S.L.U. Aten Primaria. 2015;47(6):367-375.
22. CUNHA, A.A; LOURENÇO, R.A. Falls in the elderly: prevalence and associated factors. REV. HUPE, Rio de Janeiro, 2014; 13(2):21-29

7. ANEXOS

7.1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

- Categorias de artigos
- Dados de identificação do manuscrito
- Conflito de Interesses
- Declaração de Documentos
- Preparo do Manuscrito
- Processo Editorial
- Taxa de Publicação
- Suplementos

Categorias de Artigos

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos

Categorias de artigos**a) Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação. Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Dados de Identificação do Manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

| Documento/declaração | Quem assina | Quando anexar |
|---|--------------------|----------------------|
| a. <u>Carta de Apresentação</u> | Todos os autores | Na submissão |
| b. <u>Declaração de responsabilidade</u> | Todos os autores | Na submissão |
| c. <u>Responsabilidade pelos Agradecimentos</u> | Autor responsável | Após a aprovação |
| d. <u>Transferência de Direitos Autorais</u> | Todos os autores | Após a aprovação |

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão

expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou keywords) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *CiencSaude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *RevSaude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001 [citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas

explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.

10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Processo Editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (rollingpass). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

Taxa de Publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de janeiro de 2017, o valor da taxa será de 2.200,00 para artigo original, revisão e comentário, e de 1.500,00 para comunicação breve.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Suplementos

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, *Revista de Saúde Pública*

Submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título]_____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

nome completo do autor 1 + assinatura

nome completo do autor 2 + assinatura

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo. ”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo. ”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição:

Local, data

Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____
DATA

NOME COMPLETO E
ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985.

 e-Mail

revsp@usp.br

