



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

NADJA DE LOURDES COSTA CANTANHÊDE

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS ATENDIDOS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

São Luís
2017

NADJA DE LOURDES COSTA CANTANHÊDE

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS ATENDIDOS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha.

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cantanhêde, Nadja de Lourdes Costa.

Avaliação do risco de queda em idosos atendidos em
unidade básica de saúde / Nadja de Lourdes Costa
Cantanhêde. - 2017.

56 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Acidente por quedas. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Saúde do Idoso. I. Sardinha, Ana Hélia de
Lima. II. Título.

Nadja de Lourdes Costa Cantanhêde

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de
Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. MsC. Rafael de Abreu Lima
Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profª. Dra. Maria Teresa Martins Viveiros
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a **Deus**, pois estou certa de que tudo que conquisto é fruto de sua misericórdia infinita. Por ter me mostrado que nada é impossível. Sem Ele, nada seria possível.*

*À minha amada família por sempre estar na torcida pela minha felicidade, em especial aos meus pais, **Nivaldo e Maria José**, por todo o sacrifício e por acreditar nos meus estudos. Sempre me ensinaram que o conhecimento é fundamental para enfrentar os desafios da vida e alcançar sonhos com dignidade e verdade.*

*À Dona **Elza Magna Fernandes Vieira**, uma das minhas inspirações a seguir esta área tão bela e cheia de desafios que é a Gerontologia. Um grande exemplo de fé que tantas vezes me contagiou com a sua graça. Você é inesquecível!*

*À todos os **idosos** que participaram da coleta de dados, pessoas de luta que colaboraram e me ajudaram nesse delicioso caminho que se chama pesquisar!*

*Aos meus **professores** do Departamento de Enfermagem-UFMA, por todo aprendizado que levo para a vida!*

*À minha querida orientadora **Ana Hélia de Lima Sardinha**, minha maior referência na Saúde do Idoso, por ter tido a sabedoria e a paciência para orientar-me. Gostaria que soubesse que lhe respeito muito, por tudo que fez para minha formação. Minha eterna gratidão.*

A todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram ou participaram de minha formação, um sincero muito obrigado a todos!

Resumo

O acentuado envelhecimento populacional associado a condições crônicas tem proporcionado ao idoso que vivencia mais anos de vida a possibilidade de apresentar comprometimento de sua capacidade física e mental, tornando-os susceptíveis à ocorrência de queda. Objetivou-se com este estudo avaliar o risco de queda em idosos atendidos em unidade básica de saúde de São Luís-MA. Estudo descritivo, transversal e quantitativo. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Luís, Maranhão, Brasil, entre os meses de janeiro e dezembro de 2016. A amostra foi composta por 342 idosos. Utilizaram-se dois questionários: ficha de dados socioeconômicos, demográficos e de saúde e a escala de risco de queda de Downton. Dos idosos entrevistados 59,7% são do sexo feminino e 40,3% do sexo masculino. Prevaleceu neste estudo: idosos pardos (48,5%), casados (42,1%), católicos (41,2%), de escolaridade e renda baixas. Do total de idosos, 63,6% não praticam atividade física e 72,8% nunca receberam informações sobre prevenção de quedas. A maioria dos idosos nega etilismo (52,6%) e tabagismo (56,1%). Este estudo se propôs a traçar um do perfil dos idosos com condições crônicas quanto ao risco de caírem. O sexo feminino apresentou índice de alto risco de quedas de 64,7%, enquanto o sexo masculino apresentou 61,9%. A prevenção da queda é de importância ímpar pelo seu potencial de diminuir a morbimortalidade, os custos hospitalares e o asilamento consequentes.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Acidentes por quedas. Estratégia Saúde da Família (ESF).

Abstract

The accentuated population aging associated with chronic degenerative conditions has given elderly people who have lived for more years the possibility of compromising their physical and mental capacity, making them susceptible to falls. The objective of this study was to evaluate the risk of falls in the elderly attended at a basic health unit in São Luís-MA. Descriptive, cross-sectional and quantitative study. The study was conducted at a Basic Health Unit (UBS) in the city of São Luís, Maranhão, Brazil, between May and July 2016. The sample was composed of 342 elderly. Two questionnaires were used: data on socioeconomic, demographic and health data, and Downton's risk of fall. Of the elderly interviewed, 59.7% were female and 40.3% were male. Prevalence in this study was: brown elderly (48.5%), married (42.1%), Catholic (41.2%), schooling and low income. Of the total elderly, 63.6% did not practice physical activity and 72.8% never received information on falls prevention. The majority of the elderly deny alcoholism (52.6%) and smoking (56.1%). This study aimed to trace one of the profile of the elderly with chronic conditions regarding the risk of falling. The female sex had a high risk of falls of 64.7%, while the male sex presented 61.9%. Fall prevention is of paramount importance for its potential to reduce morbidity and mortality, hospital costs and consequent isolation.

Keywords: Health of the Elderly. Accidents by falls. Family Health Strategy (FHS).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 O processo de envelhecimento humano: história e conceitos	10
3.2 Transição demográfica e epidemiológica.....	11
3.3 Acometimento por condições crônicas	12
3.4 Capacidade funcional dos idosos	12
3.5 Quedas em idosos.....	13
3.6 Fatores de risco para quedas	15
3.7 Prevenção de quedas	18
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	20
4.1 Delineamento da pesquisa	20
4.2 Área do estudo e período.....	20
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Instrumentos de pesquisa.....	21
4.5 Coleta de dados	23
4.6 Análise de dados	24
4.7 Aspectos éticos.....	24
5 RESULTADOS	25
5.1 Caracterização demográfica e socioeconômica	25
5.2 Hábitos de vida e perfil clínico	27
5.3 Risco de queda.....	28
6 DISCUSSÃO	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	46
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	46
APÊNDICE B - Ficha de perfil demográfico, socioeconômico e hábitos de vida.....	48
ANEXOS.....	50
ANEXO A - Escala de risco de queda de Downton	50
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	51
ANEXO C – Parecer do Colegiado de Curso – Projeto de TCC.....	55
ANEXO D – Termo de autorização para a pesquisa	56

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e que se caracteriza pelo aumento rápido e abrupto da população idosa (CRUZ et al., 2012). A realidade do envelhecimento populacional é caracterizada pelo aumento de idosos. Segundo a Organização das Nações Unidas (2010) um em cada dez habitantes do planeta já tem mais de 60 anos, quase 40% das pessoas no mundo possuem 80 anos ou mais.

Em 1950 o percentual de idosos correspondia a 4,9% da população. Atualmente este percentual de idosos compreende a 7,3% da população mundial. Projeções apontam que em 2025 este dado deverá dobrar, passando para 15% (SILVA, 2014).

No Brasil este cenário de envelhecimento é ainda mais evidente. Nos últimos 20 anos pôde-se verificar que a população idosa aumentou notoriamente, algo próximo de 17,2%. Tal fato constitui como um dos fatores que justificam o aumento geral da população brasileira na primeira década do século XXI, uma vez que esse crescimento populacional ocorreu principalmente da população adulta e, em especial, na população idosa (IBGE, 2011).

Além do aumento de idosos no país nos últimos anos, as projeções também apontam para a intensificação desse fenômeno. Segundo Gutz (2013) a população brasileira de idosos, no período entre 1950 e 2025, terá um aumento de aproximadamente 15 vezes contra cinco vezes da população total, constituindo-se na sexta maior população de idosos do mundo, alcançando o número de 32 milhões de pessoas, aproximadamente. Até 2020 espera-se que o número de idosos seja um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas e em 2040 os idosos representem um quarto da população brasileira (IBGE, 2011; MENDES et al. 2012).

O envelhecimento populacional no Brasil foi impulsionado principalmente pela melhoria na qualidade de vida. Dessa forma, o aumento da população idosa é uma conquista, mas ao mesmo tempo um desafio, já que o envelhecimento traz consigo algumas condições típicas desta faixa etária, entre elas: a instabilidade postural e a uma série de situações que elevam o risco de desequilíbrio e quedas (PINHO, 2014).

O processo de envelhecer acarreta alterações fisiológicas importantes, como a diminuição da força muscular, alterações na massa óssea, déficit de equilíbrio, aumento do balanço do corpo, declínio dos reflexos, redução do controle postural, da coordenação motora, da flexibilidade e do sistema vestibular (SIQUEIRA, 2011). Essas alterações são decorrentes da senescência.

Quando essa perda é exacerbada, seja por um fator genético ou por exposição ambiental, há o advento de um quadro clínico que na maioria das vezes é expressa pela

insuficiência de um órgão ou sistema biológico que caracteriza a condição crônica, classificada como a senilidade (RAMOS, 2009). Dessa forma, envelhecimento populacional evidencia também a mudança do perfil de morbimortalidade, com o aumento das condições crônicas (WHO, 2011).

A alta prevalência de comorbidades presentes nesta população, associado ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento faz com que os idosos estejam mais suscetíveis à queda (PERRACINI, 2006).

As quedas são responsáveis por 20% a 30% das causas de ferimentos nos idosos em todo o mundo e são causas de 10 a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência (ANTES et al., 2013). Mais da metade das hospitalizações relacionadas a por quedas ocorrem com pessoas de idade igual ou superior a 60 anos (POLL et al., 2014).

Dos que caem a cada ano, entre 5% a 10% dos idosos residentes na comunidade tem como consequência lesões severas como fratura, traumatismo craniano e lacerações sérias, que reduzem sua mobilidade e independência, aumentando as chances de morte. Cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia ao evento (PERRACINI, 2006).

O fato de ser causada por muitos fatores faz com que a queda seja um evento de difícil prevenção e, muitas vezes, complexo. Por isso a avaliação do risco é uma das estratégias mais eficazes de prevenção de quedas, pois, a partir da identificação dessa análise, medidas podem ser criadas e instituídas (RUBSTEIN, 2006).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família possui um importante papel na prevenção de quedas nas Unidades de Básicas de Saúde, onde os idosos devem ser cadastrados, receber visitas domiciliares, serem identificados quanto ao risco para sofrer quedas com o objetivo de orientá-los a se prevenir destas.

Este estudo busca avaliar o risco de queda em idosos atendidos em unidade básica de saúde. Sua realização dá-se pela alta frequência de quedas em idosos na qual representa um problema de saúde pública, merecendo, assim, atenção especial, por se tratar de um evento que pode ser prevenido, pois a morbimortalidade decorrentes das quedas tem como resultado final elevados custos sociais e econômicos para o sistema de saúde.

2 OBJETIVOS

- Avaliar o risco de queda em idosos atendidos em unidade básica de saúde de São Luís-MA.

- Caracterizar a população idosa segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e perfil clínico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O processo de envelhecimento humano: história e conceitos

O processo de envelhecimento e sua consequência, a velhice, são uma das preocupações desde o início da civilização. Até o século II a.C., nas oligarquias da Grécia e de Roma, a velhice era prestigiada. Os jovens e adultos confiavam e apoiavam-se no idosos quando as sociedades eram tradicionais e hierarquizadas. Mas, com o período de transformações permanentes e revoluções, os jovens substituíram os idosos no comando e nos papéis privilegiados (RODRIGUES, 2001)

Durante a Idade Média e até o século XVIII, os idosos eram pouco numerosos. A vida era muito árdua e aqueles que sobrevivessem teriam que contar com a solidariedade da família, da caridade pública dos senhores feudais ou da igreja (ALBUQUERQUE, 2005).

A vida dos idosos também era difícil no início do capitalismo e na Revolução Industrial no século XIX. Quando não eram ricos e poderosos, seu destino estava nas mãos da família, que podia acolhê-los ou simplesmente abandoná-los (MASCARO, 2004).

O século XX foi marcado pelos avanços na ciência do envelhecimento, devido às mudanças no perfil demográfico da população. Nas últimas décadas, esse crescimento foi ainda mais nítido. A ONU considera o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento” (ALBUQUERQUE, 2005).

Ao conceituarem a longevidade e o crescimento populacional, Wong & Moreira (2000) esclarecem que a definição da idade de uma pessoa é clara e indiscutível: é o tempo decorrido entre a data do nascimento e a data atual. Usualmente o envelhecer individual é fruto da passagem do tempo, resultante do aumento da idade pessoal.

Carvalho & Garcia (2003) afirmam que longevidade se refere ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, sendo geração ou coorte definida como o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou intervalo de tempo.

Para as visões disciplinares, como a de Moreira (1997) que associam o envelhecimento individual ao processo biológico de declínio e exteriorização da passagem do tempo, a idade define-se como limitativo ao bem-estar biológico, psicológico e comportamental. Ainda segundo este autor, o processo de envelhecimento individual assume particularidades tão distintas, que ao associar envelhecimento à idade cronológica, permite

apenas uma percepção grosseria do processo de envelhecimento, além de retirar a sua feição social e condicionante histórica.

Dessa forma, este processo está alicerçado em diversos preditores que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas, devido a diversos fatores que podem acelerar ou retardar esse processo. (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Mesmo assim, é convencional identificar o início da velhice através da idade: Segundo a WHO (2002), a partir de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. Tal idade é tomada como um limiar que identifica o idoso.

Camarano (2004) afirma que mesmo que o grupo social “idoso” seja definido apenas etariamente, não suscita referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas.

A expressão “envelhecimento populacional” vem ganhando grande expressão nos últimos tempos. Carvalho & Garcia (2003) a conceituam como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento de peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora da velhice.

Mendes (2012) refere que o Brasil vivencia o envelhecimento populacional em decorrência do controle da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida. Esses dois parâmetros vêm se apresentando inversamente proporcionais, pois, à medida que ocorre a redução da mortalidade infantil, há aumento da expectativa de vida. Conseqüentemente, o país passa por uma transição demográfica.

3.2 Transição demográfica e epidemiológica

Além do aumento da expectativa de vida, a transição demográfica no Brasil é impulsionada também por outros fatores, tais como: a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde; as campanhas de vacinação; melhoria na escolaridade; a prevenção de doenças; a promoção da saúde; os avanços da medicina e, por fim, pelas melhorias das condições de vida da população (IBGE, 2011).

Por outro lado, esse processo acarreta importantes mudanças no perfil de saúde da população, com a diminuição das mortes por doenças infectocontagiosas e o aumento gradativo da incidência de óbitos por doenças crônicas torna-se realidade. Em menos de 75 anos houve queda de 40,3% na incidência de doenças infecciosas e parasitárias e, concomitante a isso, presenciou-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representando dois terços do total de mortes em 2005 (BRASIL, 2006).

Dessa forma, junto à transição demográfica, ocorre também a transição epidemiológica: substituição das doenças transmissíveis pelas doenças não crônicas transmissíveis uma vez que essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas a outros agravos (CIOSAK et al., 2011).

Segundo Veras (2011) essa é uma característica típica de países que estão experienciando o processo de envelhecimento. Assim, nota-se aumento progressivo na necessidade de cuidados demandados pelos idosos em decorrência das condições crônicas e comorbidades.

3.3 Acometimento por condições crônicas

Usualmente, as condições crônicas apresentam múltiplas causas, que incluem hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos, como a perda funcional de órgãos e tecidos ao longo dos anos (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Segundo Veras (2011), populações envelhecidas têm elevada prevalência de condições crônicas, uma vez que o indivíduo idoso tem na própria idade um fator de risco. Dessa forma, envelhecer sem nenhuma condição crônica é mais a exceção do que a regra - menos de 10% das pessoas de 65 anos ou mais estão livres de algum tipo de agravo crônico à saúde e mais de 10% referem pelo menos cinco condições crônicas concomitantes (VERAS, 2008).

Essas condições representam a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Atualmente, condições crônicas cardiovasculares e metabólicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) correspondem a 30% da taxa de mortalidade na população idosa (SILVA, 2014). Além disso, há ainda o aumento da prevalência de doenças como Parkinson, Alzheimer, osteoartrose e acidentes físicos com suas respectivas consequências (CHAIMOWICZ, 2013).

Dessa forma, a alta prevalência de condições crônicas exacerba a perda da capacidade funcional dos idosos, expressa pela diminuição de vigor, força, prontidão ou velocidade de reação sistêmica (VERAS, 2011; KANSO et al., 2013). Assim, é importante avaliar o grau de capacidade funcional dos indivíduos e a habilidade de conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma (VERAS, 2012).

3.4 Capacidade funcional dos idosos

Percebe-se que as alterações relacionadas ao idoso exposto a fatores de risco como o acometimento de condições crônicas, são determinantes para este desenvolver certo grau de dependência, que se caracteriza pela perda da autonomia e dificuldade em fazer as atividades básicas de vida diária, influenciando na sua qualidade de vida (LEITE, 2014).

A capacidade funcional surge, como um desafio para a saúde do idoso, que anseia ser sempre independente, de modo a ser capaz de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, cuidados com higiene pessoal, transferir-se, preparar alimentos, alimentar-se, manter-se continente, fazer controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, uso de transporte coletivo, usar telefone e realizar caminhadas de uma razoável distância (BORGES, 2013).

Anualmente, cerca de 10% da população adulta com idades a partir dos 75 anos torna-se dependente em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal. A maioria destes idosos é acometida por condições crônicas, deficiências ou apresentam problemas de saúde, sendo estes fortemente associados com a perda da capacidade funcional (REIS; TORRES, 2011).

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade, está associada a predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CHAGAS et al., 2008).

Diante do exposto, nota-se que a capacidade funcional pode influenciada por alterações em diversos sistemas. Essas alterações, em conjunto, podem interferir na estabilidade postural, que depende da recepção adequada de informações através dos componentes sensoriais, cognitivos, sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio ambiente inadequado predis põem a queda (RODRIGUES, 2015).

3.5 Quedas em idosos

O envelhecimento possui diversos fatores biológicos, doenças e causas externas que podem influenciar a forma em que ele se dá. A queda é uma delas e segundo a Classificação

Internacional de Doenças (CID-10), é uma causa externa. A queda é definida como um evento não-intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível inferior em relação a sua posição inicial (SBGG, 2008).

Segundo Maia et al. (2011), a queda constitui um problema iminente à saúde do idoso, por ser considerada uma síndrome geriátrica e ser bastante comum entre os idosos. Por isso, este tema é um assunto muito abordado pela gerontologia e representa uma grande preocupação aos pesquisadores dessa área, principalmente quando pessoas denominam esse evento como sendo normal e próprio do processo de envelhecimento, sendo que pessoas de todas as idades estão expostas ao evento (FABRÍCIO, 2004).

Apesar do fato de que todas as pessoas sofrem quedas não intencionais em algum momento de sua vida, um estudo mostra que há grupos que possuem maior probabilidade de sofrer uma queda, que são estes: trabalhadores, esportistas, crianças e idosos (MALTA et al., 2012). Contudo, a segurança deste último deve ser motivo de preocupação para a sociedade, tendo em vistas as consequências biopsicossociais que podem acarretar (MACHADO, 2009).

No Brasil, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e quanto maior a idade maior a chance de queda, sendo que 32% estão entre os 65 e os 74 anos, 35% entre os 75 e os 84 anos e 51% acima dos 85 anos (GERVÁSIO et al., 2012).

Dos idosos com histórico de quedas anteriores, dois terços apresentarão novo episódio de queda no ano subsequente. Isso ocorre porque uma das complicações mais frequentes da queda é o medo de cair novamente, que favorece a perda da autoconfiança e restringe o desempenho funcional, pois pode impedir o idoso de deambular normalmente, deixando-o restrito ao leito ou à cadeira, aumentando a falta de condicionamento físico, ocasionando assim a fraqueza muscular e acentuação da instabilidade postural, condicionando, portanto, o risco de futuras quedas (JUSTO, 2010; MORAES, 2010).

Desse modo, o episódio de queda traz consigo repercussões psicossociais para o idoso, que muitas vezes já apresenta conflitos, como a dificuldade de aceitação das mudanças físicas e sociais, medo de cair novamente, agregados a dificuldade de adaptar-se a uma sociedade despreparada e pouco tolerante frente às características do envelhecimento (VIEIRA, 2004).

Além dos aspectos psicossociais, há também o trauma físico. Além disso, elas apresentam alta incidência e suas complicações para a saúde estão presentes em quase todos os registros (MAIA, 2011).

Uma das complicações mais comuns da queda é a fratura. Um estudo que avaliou as causas e consequências das quedas entre idosos verificou que o trauma do fêmur, com 62%

das fraturas, é o mais frequente, seguido pelo trauma de rádio, com 12,5% e de clavícula com 6,25% (JAHANA; DIOGO, 2007). Outras lesões comuns são os ferimentos nos membros superiores e lesões traumáticas do cérebro (PINHO et al., 2012).

Percebe-se então que o episódio da queda em idoso traz diversas consequências, podendo muitos desses danos ser fatal. Assim torna-se importante avaliar os fatores envolvidos no risco de queda.

O risco de queda configura-se um diagnóstico de enfermagem, podendo ser definido como a “susceptibilidade de risco aumentada para quedas que possa causar dano físico”, sendo então uma situação que demanda intervenções de enfermagem (NANDA, 2012 - 2014). Para Machado (2009), avaliar os fatores de risco de queda nos idosos é uma opção viável e adequada para que a exposição a tais fatores sejam evitados.

3.6 Fatores de risco para quedas

Determinar quais os fatores envolvidos na queda é uma tarefa complexa, uma vez que possui uma etiologia multifatorial que podem ser concomitantes ou somatórios e envolve uma interação entre fatores de risco. Buskman (2008) categoriza os fatores de risco como intrínsecos (relacionados ao indivíduo), extrínsecos (aqueles que possuem associação com as características ambientais), além dos fatores comportamentais (Figura 1).

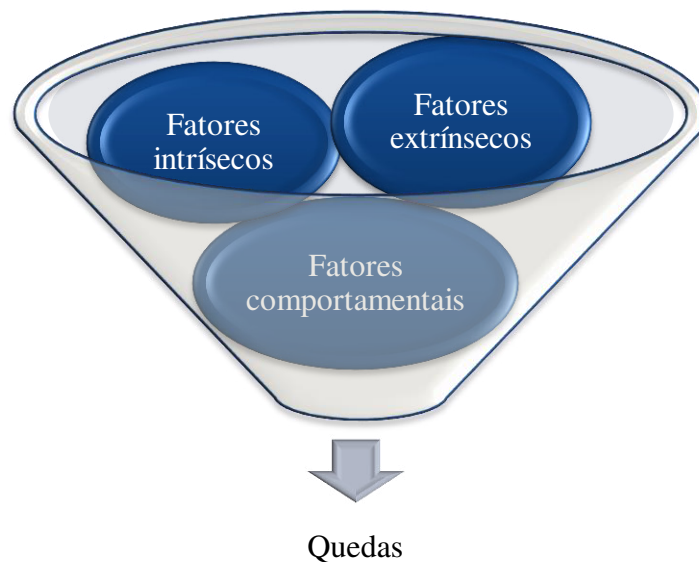


Figura 1 - Categorização dos fatores de risco para quedas.

Fonte: Adaptado de Buksman *et al.* (2008).

Nos fatores intrínsecos, estão as mudanças físicas e mentais como a diminuição da capacidade funcional, alteração do equilíbrio, doenças osteoarticulares, inatividade, alteração

da visão e da audição, vertigem, idade avançada, histórico anterior de quedas e acometimento de condições crônicas (PINHO, 2012; MARIN et al., 2007).

Segundo Guimarães & Farinatti (2005), entre as doenças diretamente associadas às quedas, estão as cardiovasculares (hipotensão arterial, acidente vascular encefálico com sequelas); alterações na visão (catarata, glaucoma, ressecamento de olho, alergias); neurológicas (labirintite, doença de Parkinson/epilepsia/tremores, neuropatia); osteomioarticulares (artrose/artrite em coluna e/ou membros inferiores, dores nas articulações de coluna e/ou membros inferiores, deformidades nos pés) e metabólicas (diabetes).

Um estudo realizado por Lucena (2009) que avalia os fatores associados para a ocorrência de queda em idosos assistidos na estratégia saúde da família mostra que os fatores intrínsecos mais relatados pelos participantes foram: o comprometimento do sistema músculo esquelético (40,8%), seguido do acometimento de doenças e comorbidades (34,1%). Entre os menos comuns estava o uso de medicamentos, com apenas 4,1% dos relatos.

Apesar de poucos idosos considerarem o uso de medicamentos como risco para queda, a relação entre uso de medicamentos e a queda é constatada (GAMA & GÓMEZ-CONESA, 2008). Uma pesquisa realizada por Suelves, Martínez e Medina (2010) mostrou que há relação estatisticamente significativa entre os idosos que tomavam mais de cinco medicamentos e a ocorrência de quedas (16,4%).

O conceito de polifarmácia é a utilização de dois ou mais medicamentos de uso contínuo por um período acima de 240 dias no ano. Esse conceito abrange 40% dos idosos. (SCHIAVETO, 2014).

O uso de vários medicamentos pelo idoso, sem controle, acarreta vários problemas de saúde. Tal situação pode levar a possíveis efeitos benéficos ou até indesejáveis. Embora importante mercado consumidor, pacientes em idades avançadas normalmente são excluídos de amplos estudos farmacológicos (VOLPE, 2007).

Entre as principais medicações que possuem relação com a queda na população acima de 60 anos são os hipotensores e psicofármacos (MARIN et al., 2007). Os psicofármacos mais comumente relacionados à queda são os benzodiazepínicos, neurolépticos e os antidepressivos (GAMA & GÓMEZ-CONESA, 2008).

Quanto aos fatores extrínsecos, estes estão relacionados ao ambiente (PINHO, 2012). O ambiente físico, com suas estruturas, disposição do mobiliário, formas de utilização e material empregado, tem um papel significativo na ocorrência de quedas em idosos, respondendo por cerca de 30-50% desses eventos (RUBSTEIN, 2006).

Em sua pesquisa, Schiaveto (2014) listou algumas situações de fatores ambientais de risco:

- Pisos irregulares: superfície lisa, molhada, com degraus, tapetes soltos/ rasgados/ desfiados/ muito grosso;
- Móveis instáveis: podem deslizar aos idosos sentarem-se;
- Cama de altura inadequada: muito alta ou baixa;
- Má iluminação: de forte ou baixa luminosidade;
- Falta de corrimão em locais que o idoso tenha acesso;
- Prateleiras de altura inadequada: obrigam o idoso a subir em escadas ou cadeiras ou se abaixarem demais para pegá-los;
- Degraus muito altos ou estreitos e sem sinalização (por exemplo, degraus de ônibus);
- Calçados inadequados: muito altos apertados ou folgados, que não calçam totalmente os pés, em mal estado de conservação, cadarços desamarrados, chinelos e tamancos;
- Vestuário: calças ou saias muito longas, vestir-se ou despir-se em pé;
- Trombar em objetos, pessoas, animais;
- Sinalização deficiente: em vias públicas nos quintais e em má conservação.

A Lei da Acessibilidade (BRASIL, 2000) contempla questões direcionadas à população idosa, ao preconizar que as estruturas públicas e particulares adaptem e/ou programem ações a fim de proporcionar melhor atendimento e segurança ao idoso com ou sem limitações físicas. Muitas vezes, quando se trata de acessibilidade, associa-se às pessoas com deficiência, porém o mais importante a ser considerado são as características do usuário que necessita acessar o ambiente em questão.

Quanto aos fatores comportamentais, estes agregam hábitos de vida e atitudes de risco. Um exemplo grande exemplo é etilismo. A literatura menciona que o organismo humano diminui sua tolerância ao álcool com o avanço da idade, potencializando, assim, seus efeitos no sistema nervoso central (BOYLE, 2006). Sua ação prolongada sobre o sistema nervoso central faz com que alcoólicos crônicos apresentem muitas vezes dificuldades em testes simples de equilíbrio e também quando caminham, manifestando uma marcha atáxica com base alargada. Um leve esforço exigido para alcoólicos crônicos com lesão cerebelar muito provavelmente o levará a uma perda súbita de equilíbrio, mostrando sua falta de mecanismos adaptativos para correção deste déficit (SCHMIDT, 2010). Além disso, o sedentarismo é

também um comportamento de risco importante, visto que normalmente idosos sedentários apresentam diminuição da capacidade funcional – papel significativo no aumento da incidência de quedas (PIMENTEL; SCHNEIDER, 2009).

Além destes, há também as atitudes de risco. Messias & Neves (2009) destacam alguns exemplos: entrar na sala quando está escura, não utilizar iluminação noturna e subir em banco para alcançar objetos.

Considerando os fatores de risco supracitados e as sérias consequências e agravos da ocorrência de quedas em idosos, percebe-se a importância do sistema de saúde, que precisa estabelecer medidas de prevenção e reabilitação.

3.7 Prevenção de quedas

Alguns esforços se percebem no país, embora tímidos. Um passo dado importante foi o enfoque a saúde do idoso. O Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda também foi promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Um dos grandes diferenciais da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é a orientação dos serviços públicos de saúde a identificar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação. A partir de agora, o atendimento à saúde da pessoa idosa que é prestado pelo SUS, deve fazer a distinção entre idosos independentes e aqueles que apresentam algum nível de fragilidade. Nesse caso, os dependentes representam cerca de 25% de toda a população com mais de 60 anos atendida pela estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Dessa forma, esta política está embasada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional (BRASIL, 2006). Ainda não se nota o seu efeito prático, pois o peso da assistência tradicional é preponderante.

Atualmente o sistema de saúde ainda é pautado pelo ciclo de tratamento das doenças, não da prevenção. Inverter esse modelo é imperativo para assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo (VERAS, 2012).

Mesmo notando que já vem sendo implementadas políticas que assistem os idosos, de acordo com Veras (2011), o Brasil ainda precisa sistematizar a operacionalização dessas políticas em seu sistema público de saúde de modo que venham ao encontro das demandas de cuidados com a saúde desse segmento populacional. Nesse sentido, os profissionais que atuam nessa rede de atenção precisam estar preparados (SCHIAVETO, 2014).

Segundo Souza e Borges (2012) é evidente a necessidade de profissionais da área da saúde buscarem conhecimento tanto de promoção e prevenção do evento queda, quanto do tratamento especializado no pós-queda, uma vez que os principais locais procurados pelos idosos são os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (SOUSA, 2012).

Diante do número crescente de idosos que se encontram em processo de hospitalização, cabe aos profissionais de enfermagem saber lidar com esta população, na medida em que a situação de internação pode, em muitas ocasiões, exercer influências negativas sobre a percepção do processo de envelhecimento pelo paciente idoso (KUZNIER & LENARDT, 2011). O enfermeiro possui competências para o cuidado do idoso e deve apontar para as necessidades físicas e subjetivas representadas pelo conforto físico e emocional (MENDES, 2008).

A concepção da enfermagem gerontogeriatrica pressupõe a integralização das multidimensões do viver da pessoa idosa para a promoção do viver mais saudável possível e exaltação da vida. Para isso, o processo do cuidado precisa de uma boa interação e de ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do paciente, de sua família e de seu meio (GONÇALVES, 2010).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento da pesquisa

O estudo é do tipo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa.

4.2 Área do estudo e período

A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Luís, Maranhão, Brasil, entre os meses de janeiro e dezembro de 2016.

Segundo a prefeitura da cidade de São Luís, este município encontra-se dividida em sete Distritos Sanitários (DS), cinco na zona urbana: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho e Itaquí Bacanga e dois na zona rural: Vila Esperança e Tirirical. Os mesmos são unidades mínimas do Sistema Nacional de Saúde e por isso são responsáveis pela organização do território e regionalização dos serviços de saúde, o que viabiliza a integralidade no cuidado (SÃO LUÍS, 2014)

A UBS selecionada foi o Centro de Saúde da Liberdade (CSL). A mesma apresentou maior cobertura de famílias cadastradas no ano de 2015, com 20.119 famílias além de ser considerada uma das unidades básicas com maior número de idosos cadastrados em São Luís, com 3077 idosos cadastrados em 2015 (SÃO LUÍS, 2015).

O CSL possui a Estratégia Saúde da Família implantada e assiste à população geral e quilombola, oferece atendimento ambulatorial, assistência odontológica e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) com fluxo de clientes por demanda espontânea.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelo número de idosos cadastrados na UBS selecionada para a pesquisa: 3077 idosos. O processo de amostragem é do tipo probabilística simples e para realização do cálculo foi utilizado o nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% chegando assim a uma amostra de 342 idosos.

Foram critérios de inclusão do idoso:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;

- Apresentar escore no Mini exame do Estado Mental – MEEM considerado adequado;

- Ser atendido há pelo menos seis meses na UBS;
- Apresentar condição crônica que não comprometa o estado cognitivo;

Foram excluídos da pesquisa:

- Idosos sem condições de responder a entrevista.

4.4 Instrumentos de pesquisa

Antes de iniciar a coleta de dados do idoso fez-se necessário avaliar o estado mental do idoso para verificar se o idoso possuía declínio cognitivo. Para isso foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

O MEEM é uma escala desenvolvida por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e é a mais utilizada por pesquisadores em diversos países. Este instrumento é composto por sete categorias, cada uma delas com o intuito de analisar domínios específicos, sendo as seguintes: orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. A pontuação varia de zero a 30 pontos.

Bertolucci et al. (1994) validaram a escala para ser utilizada por brasileiros. Porém, os mesmos notaram que o escore total dependia do nível educacional do indivíduo, dessa forma o escore de corte, que faz a divisão entre o que é considerado alto nível de cognição e o baixo nível, foi disposta da seguinte maneira: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para aqueles com um a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos de escolaridade (BRUCKI et al., 2003).

Após avaliação e confirmação de alta condição cognitiva, foram utilizados dois instrumentos a fim de atender aos objetivos do estudo: o primeiro foi a ficha de dados sociodemográficos e de saúde do idoso e o segundo foi o formulário de avaliação de risco de queda de Downton.

A ficha de perfil demográfico, socioeconômico, hábitos de vida e perfil clínico do idoso com o objetivo de descrever as características da amostra foi produzida com as seguintes variáveis:

- Identificação – iniciais do nome do participante;
- Idade – foram considerados a partir de 60 anos;
- Sexo – masculino ou Feminino;

- Cor ou Raça – branco, pardo, negro, indígena;
- Estado civil – solteiro, casado/união estável, viúvo, divorciado;
- Com quem mora – sozinho, somente com cônjuge, cônjuge e filho (s), cônjuge, filho(s), genro e nora, somente com filho, arranjos trigeracionais, arranjos intrageracionais, somente com os netos, não familiares;

- Tempo de estudo - analfabeto/ sem escolaridade, fundamental/ 1 a 3 anos, fundamental/ 4 a 7 anos, médio incompleto/ 8 a 9 anos, médio completo/ 10 anos ou mais, superior;

- Renda individual - nenhuma renda, até 1 salário mínimo (até R\$ 880,00), de 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00), de 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.640,00 até R\$ 5.280,00), de 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.280,00 até R\$ 7.920,00), acima de 9 a 12 salários mínimos.

- Renda Familiar - até 1 salário mínimo (até R\$ 880,00), de 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00), de 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.640,00 até R\$ 5.280,00), De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.280,00 até R\$ 7.920,00), acima de 9 a 12 salários mínimos.

- Tipo de renda – trabalho, aposentadoria, pensão, nenhum;
- Moradia – casa, apartamento, cortiço, tenda ou barraca, quitinete, pensão e similares com morador, instituição de longa permanência;

Os dados de saúde objetivam descrever informações sobre a saúde do participante sendo estas:

- Tabagismo – sim, não ou abstinente;
- Etilismo – sim, não ou abstinente;
- Condição crônica – diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, parkinson osteoporose, alzheimer, outros;

- Prática de atividade física - sim ou não;
- Já recebeu orientações de prevenção de queda – sim ou não.

O último instrumento utilizado teve o objetivo de avaliar o risco de queda. Para isso foi utilizada a escala de risco de queda de Downton.

A escala de Downton possui validação no Brasil e foi selecionada para o estudo devido à sua eficácia comprovada. Um estudo realizado por Vassalo (2005) comparou as escalas de Downton, STRATIFY, Tinetti Fall Risk e Tullamore, e foi constatado que a escala

de Downton apresentava sensibilidade de 81%, especificidade de 24,7% e tempo médio de aplicação de 6,34 minutos.

A pontuação do instrumento varia de 0 a 11, e a nota de corte para esse instrumento é dois (2), todo entrevistado que apresentar nota maior ou igual a três (≥ 3) é considerado com alto risco de queda.

Cada critério da escala de Downton apresenta um número específico de perguntas, podendo somar até 13 (treze) pontos em todo o questionário:

O critério quedas anteriores possui a possibilidade de duas respostas, sim recebendo 1 (um) ponto ou não recebendo 0 (zero) pontos.

O critério uso de medicamentos também abre essa possibilidade, contudo em uma outra perspectiva. Ao passo que o entrevistado pudesse não fazer uso de medicações recebendo pontuação 0 (zero) ou fazendo uso de uma ou mais medicações, e recebendo pontuação 1 (um) para cada medicação sugerida no formulário, podendo alcançar até 5 pontos nesse critério.

O critério déficit sensorial apresenta o mesmo padrão de resposta do critério uso de medicamentos. O entrevistado receberá 0 (zero) pontos por não apresentar nenhum déficit sensorial, ao passo que receberá 1 (um) ponto para cada déficit sensorial que ele apresentara, podendo somar até 3 (três) pontos nesse critério.

O critério estado mental possui padrão de resposta correspondente ao critério quedas anteriores, onde o participante receberá 0 (zero) pontos por estar orientado e 1 (um) ponto por apresentar-se confuso. Para verificação de estado orientado ou não do entrevistado será perguntado ao mesmo, seu nome completo e em qual dia do mês e da semana este estudo está sendo realizado.

O ultimo critério, deambulação, segue a linha de raciocínio dos critérios uso de medicação (ões) e déficit sensorial, receberá 0 (zero) pontos por deambular sozinho (a) e sem ajuda (normal) e 1 (um) ponto para cada confirmação das outras 3 (três) proposições desse critério.

4.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada no período de 2 maio a 29 de julho de 2016. Durante esse período foram realizadas visitas de segundas às sextas-feiras na unidade selecionada.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora e questionados sobre sua idade e interesse de participação da pesquisa, mediante explicação dos objetivos e método de participação da mesma.

Após confirmação de idade igual ou superior a 60 anos e demonstração de interesse de participação por parte dos abordados, estes serão apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os mesmos serão novamente apresentados ao objetivo da pesquisa, além de serem alertados sobre os riscos e benefícios da pesquisa. Para devida participação os idosos deverão preencher o TCLE devidamente, iniciando-se assim a coleta com o uso dos instrumentos supracitados.

A coleta será realizada no momento mais oportuno para o idoso e para o serviço de saúde, de preferência após a consulta dos participantes. A fim de garantir a privacidade dos participantes, a coleta será realizada em uma sala reservada, fornecida pela unidade.

4.6 Análise de dados

Os dados foram codificados e organizados no programa *Microsoft Excel 2010*, sendo submetidos à dupla conferência para garantir a confiabilidade dos resultados. Após a elaboração e alimentação do banco de dados, os mesmos foram importados para programa software *EPIINFO 6.0* para análise de dados. Utilizou-se o teste t de Student para variáveis independentes e o teste do Qui-quadrado de Pearson para a associação das variáveis estudadas na escala de risco de queda de Downton, de acordo com o sexo ($p < 0,05$). Os resultados obtidos foram descritos na frequência absoluta e relativa e estão apresentados sob a forma de tabelas, gráficos e na linguagem descritiva.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa faz parte do projeto “Condições Crônicas em Idosos Atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís- MA”, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, sendo aprovada com o parecer de número 949.100 (ANEXO B). A pesquisa atende aos aspectos recomendados pela resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização demográfica e socioeconômica

O estudo contou com uma amostra de 342 idosos, com idades entre 60 a 93 anos que são atendidos a pelo menos 6 meses no CSL. Destes, 204 (59,7%) são sexo feminino e 138 (40,3%) do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo faixa etária, cor/raça, estado civil, religião, tempo de estudo. CSL, 2016.

Variável	n	%
Faixa etária		
60 a 69 anos	163	47,7
70 a 79 anos	111	32,4
80 a 89 anos	64	18,7
> 90 anos	4	1,2
Cor ou raça		
Branco	78	22,8
Pardo	166	48,5
Negro	81	23,7
Amarelo	17	5
Indígena	-	-
Estado civil		
Solteiro	65	19
Casado	144	42,1
Viúvo	109	31,9
Divorciado	24	7
Religião		
Católico	141	41,2
Evangélico	84	24,6
Espírita	18	5,2
Outros	54	15,8
Não tem religião, crê em Deus	18	5,3
Ateu	27	7,9
Tempo de Estudo		
Analfabeto	106	31
Fundamental/1 a 3 anos	98	28,7
Fundamental/ 4 a 7 anos	80	23,4
Médio incompleto/ 8 a 9 anos	18	5,2
Médio completo/ 10 anos ou mais	28	8,2
Superior	12	3,5

Conforme a tabela 1, a faixa etária que apresentou maior número de idosos foi a de 60 a 69 anos (47,7%). A faixa etária com menor número de idosos foi de 90 anos ou mais, correspondendo a apenas 1,2% da amostra. A predominância é de idosos de cor da pele parda, correspondendo a 48,5% dos idosos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos refere casado ou viúvo com 42,1% e 31,9 %, respectivamente. Verificou-se ainda a predominância de idosos católicos (41,2%) ou evangélicos (24,6%).

Com relação ao tempo de estudo, verifica-se que a maioria dos participantes possui baixa escolaridade, sendo a maioria da amostra composta por analfabetos (31%) ou de idosos com 1 a 3 anos de estudo (28,7%).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos atendidos no CSL segundo com quem mora. CSL, 2016.

Variável	n	%
Sozinho	56	16,3
Sozinho com o cônjuge	67	19,6
Cônjuge e filho	48	14
Cônjuge, filho, genro/nora	19	5,5
Somente com os filhos	30	8,8
Arranjos trigeracionais	51	15
Arranjos intrageracionais	16	4,7
Somente com os netos	30	8,8
Não familiares	8	2,3
Outros	17	5

Na tabela 2 visualiza-se a distribuição dos idosos segundo com quem mora. Destaca-se que maioria dos idosos refere que mora somente com o cônjuge (19,6%) ou sozinho (16,3%).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos atendidos no CSL segundo tipo de moradia. CSL, 2016.

Variável	n	%
Casa	227	66,4
Apartamento	39	11,4
Quitinete/cortiço	65	19
Tenda, barraca e similares	4	1,2
Outros	7	2

Na tabela 3 apresentam-se os dados relacionados ao tipo de moradia do participante. Nota-se que o tipo mais comum foi “casa”, representando 66,4% (n=227) dos entrevistados.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo fonte de renda, renda individual e familiar. CSL, 2016.

Variável	n	%
Fonte de Renda		
Nenhuma	57	16,7
Trabalho	97	28,4
Aposentadoria	151	44,1
Pensão	61	17,8

Continua...

Variável	n	%
Renda Individual		
Nenhuma renda	57	16,7
Até um salário mínimo	155	45,3
De 1 a 3 salários mínimos	75	21,9
De 3 a 6 salários mínimos	40	11,7
Acima de 6 salários mínimos	15	4,4
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	96	28,1
De 1 a 3 salários mínimos	143	41,8
De 3 a 6 salários mínimos	73	21,3
Acima de 6 salários mínimos	30	8,8

Conclusão.

Em relação a fonte de renda, a maioria (44,1%) dos entrevistados relatam receber aposentadoria enquanto uma minoria refere não possuir alguma fonte de renda, representando 16,7% dos entrevistados. Os dados demonstram ainda que 7% (n=24) possuem mais de uma fonte de renda.

Concernente a renda individual e familiar, as mesmas foram categorizadas de acordo com número de salários mínimos que possui, considerando que na época da entrevista o salário mínimo era de R\$ 880,00. Dessa forma prevaleceu a categoria de idosos cuja renda individual é de até 1 salário mínimo, correspondendo a 45,3% dos entrevistados. Sobre a renda familiar, a maioria referiu que a família recebe entre 1 a 3 salários mínimos.

5.2 Hábitos de vida e perfil clínico

Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo hábitos de vida. CSL, 2016.

Variável	n	%
Tabagismo		
Sim	41	12
Não	192	56,1
Abstinente	109	31,9
Etilismo		
Sim	45	13,2
Não	180	52,6
Abstinente	117	34,2
Prática de atividade física		
Sim	124	36,3
Não	218	63,7

Conforme a tabela 5, mais da metade dos participantes refere não fazer uso de algum tipo de tabaco (56,1%), nem de bebidas alcóolicas (52,6%). No que se refere a categoria de prática atividade física, predominou-se na amostra que os idosos sedentários, constituindo 63,7% (n=218).

Tabela 6: Distribuição dos idosos que receberam orientações sobre prevenção de quedas. CSL, 2016.

Variável	n	%
Recebeu orientações de prevenção de quedas		
Sim	94	27,5
Não	248	72,5

Conforme dados da tabela 6, grande parte do idosos nunca receberam orientações para prevenção de quedas, uma vez que apenas 27,2% dos idosos referem já ter sido orientados por profissionais da unidade.

Tabela 7: Distribuição dos idosos segundo presença de multimorbidade e condição crônica. CSL, 2016.

Condição Crônica	n	%
Presença de multimorbidade		
1 condição crônica	177	51,8
2 condições crônicas	132	38,6
≥ 3 condições crônicas	33	9,6
Condição Crônica		
Hipertensão Arterial Sistêmica	190	55,7
Diabetes Mellitus	115	33,8
Artrite/Artrose	63	18,4
Dislipidemia	88	25,9
Parkinson	4	1,3
Cardiopatía	31	9,2
Osteoporose	76	22,4
Câncer	1	0,4
Outros	10	3,1

Em relação a presença de condição crônica, a evidenciou-se que 118 (51,8%) participantes referem que são acometidos por apenas uma condição crônica, 88 (38,6%) por duas condições e 22 (9,6%) referiram ser acometidos por três ou mais condições crônicas.

A tabela 7 mostra a distribuição das condições crônicas auto referidas, observa-se que a hipertensão arterial lidera a listagem com 127 (55,7%) idosos, seguida do diabetes mellitus, com 77 (33,8%), seguida pela dislipidemia com 59 idosos (25,9%).

5.3 Risco de queda

Tabela 8: Distribuição dos idosos de acordo com as pontuações encontradas segundo sexo e a “Escala de risco de quedas de Downton”. CSL, 2016.

		Masculino	Feminino	Total
Quedas Anteriores	Não	66 (47,8%)	93 (45,6%)	159 (46,5%)
	Sim	72 (52,2%)	111 (54,4%)	183 (53,5%)

Continua...

		Masculino	Feminino	Total
Medicamentos	Nenhum	39 (28,3%)	70 (34,3%)	109 (31,9%)
	Tranquilizantes/ Sedativos	3 (2,2%)	10 (4,9%)	13 (3,8%)
	Hipotensores (não diuréticos)	64 (46,4%)	76 (37,3%)	140 (40,9%)
	Antiparkinsonianos	2 (1,4%)	2 (0,9%)	4 (1,2%)
	Antidepressivos	-	15 (7,4)	15 (4,4%)
	Outros	58 (42%)	76 (37,3%)	134 (39,1%)
	Déficits Sensoriais	Nenhum	42 (30,4%)	58 (28,7%)
Alterações Visuais		64 (46,4)	87 (42,6%)	151 (44,2%)
Alterações Auditivas		34 (24,6%)	39 (19,1%)	73 (21,3%)
Extremidades		30 (21,7%)	78 (38,2%)	108 (31,6%)
Estado Mental	Orientado	103 (74,6%)	178 (87,5%)	281 (82,2%)
	Confuso	35 (25,4%)	26 (12,5%)	61 (17,8%)
Deambulação	Normal	111 (80,4%)	157 (77,2%)	268 (78,4%)
	Segura com ajuda	16 (11,6%)	29 (14%)	45 (13,2%)
	Insegura com/sem ajuda	11 (8%)	12 (5,9%)	23 (6,7%)
	Impossível	-	6 (2,9%)	6 (1,8%)

Conclusão.

Conforme os dados obtidos na tabela 8 que consta a Escala de Downton, 72 (52,2%) idosos do sexo masculino apresentam histórico de quedas nos últimos doze meses enquanto o sexo feminino constou 111 (54,4%) idosas.

No que diz respeito ao uso medicamentos, apenas 31,9% do total da amostra refere não fazer uso de algum medicamento. Dessa forma, tanto no sexo masculino quanto feminino é predominante o número de idosos que faz uso de pelo menos um medicamento. As medicações de uso contínuo mais comuns em ambos os sexos foram os hipotensores não diuréticos, com 64 (46,4%) homens e 76 mulheres (37,3%) seguidos de outros medicamentos não especificados na escala, com 58 (42%) homens e 76 (37,3%) mulheres.

De acordo com a tabela 6 evidenciou-se que a maioria dos participantes de ambos os sexos possui pelo menos uma alteração sensorial. Entre os homens e as mulheres as alterações mais frequentes são visuais, com 64 (46,4) e 87 (42,6%), respectivamente.

Quanto ao estado mental, a maioria dos idosos de ambos os sexos (82,2% do total dos participantes) encontram-se orientados destes, a maioria é do sexo feminino. Apenas 17,8% do total de participantes estavam confusos.

Este estudo evidenciou os idosos sem alterações na marcha, com 74 (80,4%) do sexo masculino e 105 (77,2%) do sexo feminino. Dos participantes que apresentaram alterações na deambulação a maioria apresenta refere que sente-se seguro com ajuda, representando 11,6%

dos homens e 14% das mulheres. Apenas 6 participantes estavam impossibilitados de deambular pois faziam uso de cadeira de rodas, todos do sexo feminino.

Tabela 9: Distribuição dos idosos segundo quedas anteriores e risco de quedas, por sexo. CSL, 2016.

Variável	Masculino	Feminino	Total
Quedas anteriores			
Sim	72 (52,2%)	111 (54,4%)	183 (53,5%)
Não	66 (47,8%)	93 (45,6%)	159 (46,5%)
Risco de quedas			
Alto risco	85 (61,9%)	132 (64,7%)	217 (63,5%)
Baixo risco	53 (38,1%)	72 (35,3)	125 (36,5%)

A tabela 9 mostra que 217 idosos apresentaram alto risco de queda e 125 apresentaram baixo de queda. O sexo feminino apresentou maior índice de quedas anteriores, representando 54,4% (n= 111) das mulheres. No que concerne o índice de alto risco de queda, também predominaram as mulheres, com 64,7%.

6 DISCUSSÃO

A ocorrência de quedas é comum, mas não é normal do envelhecimento. A queda representa um grave problema de saúde pública devido as suas consequências que vão desde lesões leves, medo de cair repetidas vezes, até fraturas, dependência, hospitalização e institucionalização, o que causa impacto na sociedade como um todo, pelos prejuízos físicos, psicológicos, sociais e econômicos.

Nesta pesquisa houve predominância de idosos com alto risco de quedas, representando 63,5% do total. Este resultado corrobora com a pesquisa de Lucena (2008), e difere-se da pesquisa de Schiaveto (2014). O risco de queda - e seus problemas relacionados - aumenta com a idade mediante as alterações fisiológicas e a senilidade (PINHO, 2012). Dessa forma, comumente os idosos possuem risco de queda.

Dentre os idosos com alto risco de queda, predominou o sexo feminino, semelhante ao resultado de Perracini (2006) e Reis (2014). Manrique-Espinoza et al. (2011) refere que as mulheres estão propensas às quedas porque em nível fisiológico, é esperado que a massa óssea da mulher diminua mais rapidamente do que a dos homens. Além disso, a queda é mais frequente entre as mulheres porque este seguimento populacional é mais acometido por condições crônicas (AGUIAR; ASSIS, 2013). Assim, as mulheres apresentam maior prevalência de limitações funcionais (SILVA, 2012).

No presente estudo, nota-se que a maioria dos idosos apresentou quedas anteriores, constando em 53,5% do total. Este dado é semelhante a um estudo que avaliou 30 idosos com graus de fragilidade distintos, tendo 66,7% dos idosos relatado ter sofrido quedas (SILVA, S. et al., 2009). Entretanto, esse percentual foi menor na pesquisa realizada por Álvares, Lima e Silva (2010), com 243 idosos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, que mostrou uma ocorrência de 32,5% de quedas em idosos.

Segundo Aguiar e Assis (2013) um fator que colabora para o fato dos homens apresentarem menor índice de queda é a situação de que os homens idosos estão mais propensos a negligenciar o registro das quedas e até mesmo negá-las para manter o estigma de virilidade, configurando assim um viés nesta pesquisa.

O uso de medicamentos é considerado como um fator de risco intrínseco para a queda (LOJUDICE et al. 2010). Nesta pesquisa os medicamentos de uso mais comum entre os pesquisados são os hipotensores não diuréticos, concordando com a pesquisa de Reis et al. (2014), da qual 72,6% faziam tratamento medicamentoso com anti-hipertensivo. A alta

incidência de uso de hipotensores pode ser justificada pela alta prevalência de idosos hipertensos neste estudo.

Outro fator de risco importante para a queda são os déficits sensoriais, uma vez que o controle postural depende de uma adequada relação entre os sistemas sensoriais e o ambiente. Nesta pesquisa houve grande incidência de idosos com alterações sensoriais, correspondendo a 75,1% do total dos participantes, corroborando com o resultado de McGoldrick (2008). Isso porque à medida que o ser humano envelhece, os sistemas sensoriais responsáveis pelo controle postural são afetados pela própria diminuição da reserva funcional do idoso e/ou pelas doenças que acometem com frequência essa faixa etária, predispondo à queda (RICCI et al., 2008).

Neste estudo houve a predominância da população feminina, correspondendo a 59,7%. Este dado é corroborado por várias pesquisas brasileiras envolvendo idosos atendidos em UBS como o de Santos et al. (2015) e o de Dantas (2012). É oportuno destacar que esse resultado pode inferir-se a dois fatores: o primeiro de que as mulheres possuem maior expectativa (SILVA, 2012); o segundo de que ainda é cultural que as mulheres recorram aos serviços de saúde com mais frequência do que os homens, o que pode configurar-se como um viés da amostragem. (LUCENA, 2009).

A faixa etária situada entre 60-69 anos predominou nesta pesquisa, coincidindo com a encontrada por Zaitune (2006) e diferente de Lucena (2009) cuja faixa etária predominante foi entre 80 e 89 anos.

Quanto a cor ou raça auto referida, nesta pesquisa predominou a cor parda (48,7%). Este dado entra em concordância com o resultados de Lucena (2009) e Romero (2011) e diferente do resultado de Mastroeni et al. (2010) e Gesualdo et al. (2016) em que a maioria se auto declara pertencer à cor branca. Sugere-se que este resultado atribua-se ao fato da região Nordeste apresentar uma das maiores taxas de pessoas que se alto declaram pardas (IBGE, 2011).

Nesta pesquisa evidenciou-se ainda que a maioria dos participantes são casados e moram somente com o cônjuge, corroborando com Schiaveto (2014) e McGoldrick (2008) e não semelhante ao de Pedrazzi (2010), que avaliou o arranjo domiciliar de idosos, da qual a maioria são viúvos e moram em arranjos trigeracionais. Sugere-se que este resultado deva-se ao fato de que os idosos passam pela separação dos filhos, com a saída destes para a construir nova família.

No que se refere à escolaridade, é possível observar que estes tiveram pouco acesso aos estudos, uma vez que a maioria é analfabeto, resultado semelhante ao de Romero et al. (2011) e diferente ao de Vaccari (2013). Sugere-se que este resultado atribua-se ao fato do Maranhão ser o segundo Estado do país com maior índice de analfabetismo (IBGE, 2011). Além disso, os idosos possuíam pouco acesso à educação na infância e começavam a trabalhar muito jovens (CARVALHO, 2003).

Neste estudo observa-se também que a maioria dos idosos possui baixa renda, uma vez que 45,3% recebe até 1 salário mínimo. Tal resultado deve-se ao fato da pesquisa ser realizada em uma localidade considerada de classe média baixa. Uma pesquisa realizada por Meireles et al. (2007) revela que os idosos com baixa renda apresentam piores condições de saúde: interrupção de atividades devido a problemas de saúde, doenças crônicas e pior função física. Enquanto isso, o idoso que apresenta melhor renda tem condições de se alimentar melhor, de comprar os melhores medicamentos que lhe são prescritos, morar bem e usar esta renda para uma melhor qualidade de vida, tanto social quanto de saúde (LUCENA, 2009)

Concernente aos hábitos de vida, o tabagismo e o etilismo não faz parte da vida da maioria dos investigados. Porém, os índices de etilismo e tabagismo encontrados nesta pesquisa são considerados importantes: 12% e 13,2% respectivamente.

A pesquisa de Santos et al. (2013) revelam que 12,3% dos entrevistados fazem uso de bebida alcóolicas, corroborando com este estudo. Castillo et al. (2008), referem que alguns estudos mostram significativa relação do consumo de álcool com eventos individuais comuns ou não entre os idosos, como a aposentadoria, viuvez e abandono; também há relação entre a taxa de estresse de vida e tempo de consumo de álcool.

As consequências do uso do álcool são exacerbadas entre os idosos em decorrência da diminuição da massa muscular e do aumento da gordura corporal, como também pela redução da quantidade de água e da filtração glomerular nessa população, uma vez que a solubilidade do álcool na água faz com que seu nível aumente no sangue (CASTILLO, 2008).

Um estudo realizado por Carvalho (2010) revela que 10,6% dos idosos entrevistados são fumantes, corroborando com esta pesquisa. Goulart (2010) refere que o hábito de fumar é um fator agravante para várias doenças, principalmente as que são adquiridas na idade avançada. Além disso, é um fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças.

No que se refere a prática regular de atividade física, este estudo evidenciou o sedentarismo, uma vez que 63,6% dos idosos não praticam atividade física, concordando com o que foi encontrado na pesquisa de Buksman (2008) e de Silva (2012), resultado não

semelhante ao de Pereira (2010), em que 55% praticavam atividade física. Vários fatores podem influenciar o sedentarismo: nível socioeconômico, sexo e contextos ambientais e sociais como o acesso a espaços físicos atrativos, tráfego de carros dentre outros (GILES-CORTI, 2003). Assim como o etilismo e o tabagismo, a inatividade física também é responsável por inúmeras doenças crônicas que acometem os idosos, sendo considerada a quarta principal causa de morte no mundo (REIS, 2014).

Quanto ao perfil clínico, evidenciou-se que a hipertensão arterial sistêmica é a condição crônica mais frequente entre os entrevistados, semelhante ao resultado de Machado (2009) e Schiaveto (2014). A idade em si pode ter colaborado para este resultado, visto que os idosos são mais propensos a desenvolvê-la. Além disso, o sedentarismo predominante nesta pesquisa possui estreita relação com a HAS (FERREIRA, 2009).

Nesta pesquisa ficou evidente que uma grande parcela dos idosos não recebeu orientações sobre a prevenção de quedas, considerando que 72,8% deles referiram nunca ter recebido informações sobre o tema. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo realizado por Siqueira (2011) que avaliou 100 municípios de 23 Estados brasileiros e identificou que apenas 36% dos idosos estudados haviam recebido orientações sobre as precauções ambientais, com vista a evitar quedas e com o de Vaccari (2013). Este dado mostra que as orientações sobre a prevenção de quedas são insuficientes ou não estão surtindo os efeitos desejados de modo que as medidas preventivas estejam sendo negligenciadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento provoca inúmeras alterações no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer mudanças no seu cotidiano, como por exemplo, aumento da possibilidade de sofrer quedas que levam os idosos a tornarem-se mais dependentes de ajuda para realizar as atividades de vida diária.

Neste estudo foi possível observar que a prevalência do risco de quedas é considerada elevada uma vez que mais da metade apresentou alto risco, aproximadamente 63,5% dos idosos. Além disso, o alto índice de histórico de quedas também merece destaque, que obteve 53,5%. Este dado é considerado um resultado preocupante, pois enfatiza que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas consequências, às vezes irreparáveis.

Pôde-se verificar que os idosos estudados se caracterizam dentro de uma faixa etária de 60-69 anos, com predomínio do sexo feminino, casados, analfabetos e de baixa renda. A condição cônica mais comum foi a hipertensão arterial sistêmica. O sedentarismo foi outro aspecto relevante nesta pesquisa.

Ficou evidente ainda que poucos idosos receberam orientações pelos profissionais da unidade sobre prevenção de quedas. Esse dado reforça a ideia de que, a conscientização precisa ser melhor trabalhada, de modo que a queda seja tratada não somente após a ocorrência desta e, sim, pensar em modos de prevenção da mesma proporcionando aos idosos melhores condições de vida.

Neste cenário a enfermagem possui um papel fundamental, pois dentro de atividades que a mesma pode desenvolver como a realização de palestras, visitas domiciliares, grupos de terceira idade além das consultas de enfermagem o tema prevenção de quedas pode ser trabalhado com o idoso.

Dessa forma, a ação de enfermagem proposta neste trabalho envolve estimular mudanças nos hábitos de vida dos idosos como: reeducação alimentar, para uma alimentação saudável; reorganização da moradia, tornando o ambiente seguro; e conhecimento do condicionamento físico, para fortalecimento do sistema motor, além da educação em saúde.

A educação em saúde evidencia-se como papel facilitador da promoção para a saúde, não podendo, no entanto, ser encarada como simples passagem de informação. Implica um planejamento adequado e uma metodologia enquadrada visando uma mudança de comportamentos cujo intuito é a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e um consequente aumento de ganhos em saúde.

A prevenção da queda é de importância ímpar pelo seu potencial de diminuir a morbimortalidade, os custos hospitalares e o asilamento consequentes. Os programas de prevenção têm a vantagem de, paralelamente, melhorar a saúde como um todo, bem como a qualidade de vida, sendo sua prática especialmente importante para a faixa etária mais idosa.

Outra forma de prevenção é a capacitação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e a educação permanente dos trabalhadores da saúde do SUS que atuam na área da pessoa idosa. O fortalecimento da rede de atenção à saúde através de discussões com equipes multiprofissionais e o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de identificação de quedas no grupo populacional dos idosos também devem ser estimulados.

Diante do exposto, infere-se que a abordagem ao idoso necessita de maior ênfase na atenção primária à saúde, através de medidas de prevenção, com educação em saúde e na promoção do autocuidado dos idosos, incluindo suas famílias nas mais diversas acepções. A capacitação do paciente é fundamental, de modo a desenvolver sua adesão, com apoio das famílias, a metas de cuidado, bem como autonomia na solução de problemas e participação nos processos decisórios clínicos, sempre sobre supervisão das equipes de saúde.

No contexto atual da UBS, para que medidas preventivas sejam adotadas, é necessário conhecer a real situação de saúde da população abrangente. Dessa forma, a avaliação do risco de quedas em idosos é fundamental. Para isso, é necessário que sejam implementados protocolos específicos de fator de risco de quedas, como a Escala de risco de quedas de Downton que pode ser facilmente aplicado.

Neste estudo se propôs traçar um perfil da realidade nos idosos com condições crônicas. Atingiu seus resultados na medida em que conseguiu rascunhar essa realidade. Além disso, os resultados levantados nesta pesquisa poderão subsidiar ações de melhorias na gestão do cuidado a essa clientela.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafios dos Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 233p.
- ANTES D. L.; SCHINEIDER I. J. C.; BENEDETTI T. R. B.; D'ORSI E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis. **Caderno de Saúde Pública**. Santa Catarina, v. 29, n. 4, p. 758-768, 2013.
- ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: 2. ed., 2004. p. 11-21.
- AGUIAR, C. F.; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 45-57, set./dez. 2013.
- ALWAN, A.; ARMSTRONG, T.; COWAN, M.; RILEY, L. (2011). Noncommunicable diseases: country profiles. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf>. Acesso em: 15/09/2016.
- BARRETO, E.S.S.; MITRULIS, E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no país. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 103-140, maio-ago. 2001.
- BERNSTEIN, M. S.; MORABIA, A.; SLOUTSKIS, D. (1999). Definition and prevalence of sedentarism in an urban population. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 6, p. 862-867, jun. 1999.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCK, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo-SP, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
- BORGES, L. L. **Atividades cotidianas, atividades instrumentais de vida diária, mobilidade e catarata em idosos comunitários: estudo transversal realizado no Distrito Federal, Brasil**. 2013. XIV, 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde). Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2013.
- BRASIL. ONU registra aumento da expectativa de vida no Brasil. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/13999-onu-registra-aumento-da-expectativa-de-vida-no-brasil>> Acesso em: 29/01/2016.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em 08/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2011.

BOYLE, A. R.; DAVIS, H. Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications. **Journal of Addictions Nursing**. n. 17, p. 95-103, 2006.

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

BUKSMAN, S.; VILELA, A. L. S.; LINO, V. S. Quedas em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2008.

BUSSCHE, H.V.D.; KOLLER, D.; KOLONKO, T.; HANSEN, H.; WEGSCHEIDER, K.; GLAESKE, G. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. **BMC Public Health**, v. 11, n. 101, p.1-9, 2011.

CAMARANO, A. A. (org.); KANSO, S.; MELLO, J. L. Os novos idosos brasileiros muito além dos anos 60. **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro-RJ, p.25-73. 2004.

CARAZZAI, E.M. **Qualidade de vida no envelhecimento: situação de saúde dos idosos assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista**. 2014. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. São Paulo. 2014.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Saúde Pública e Envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 725-733. 2003.

CASTILLO, B. A. A; et al. Situações estressantes de vida, uso e abuso do álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.16, n. especial, jul-ago. 2008.

CHAGAS, P. S. C.; DEFILIPO, E. C.; LEMOS, R. A.; MANCINI, M. C.; FRÔNIO, J. S.; CARVALHO R. M. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 12, n. 5, p. 409-16, set-out. 2008.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. Curso de Especialização em Atenção básica em Saúde da Família. 2ª Edição. Belo Horizonte. **NESCON - Universidade Federal de Minas Gerais**, 2013. 167p.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. A.; ROCHA, A. C. A. L. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP [online], v.45, n.2, p.1763-1768, 2011.

COSTA, T. B. **Atividade física e fragilidade em idosos da comunidade: Dados do FIBRA Campinas**. 2010. Dissertação de mestrado (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP. 2010.

COSTA-PAIVA, L.; HOROVITZ, A. P.; SANTOS, A. O.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; PINTO-NETO, A. M. Prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Campinas – SP. v. 25, n.7, p.507-512. 2003.

CRUZ, D. T.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de saúde pública**. São Paulo –SP. v. 46, n. 1 p.138-146. 2012.

DANTAS E. L., DE BRITO G. E. G., LOBATO I. A. F. Prevalência de quedas em idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba. **Revista APS**. Paraíba-JP. v.15, n.1, p. 67-75. 2012.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo – SP. v. 46, n. 1, p. 126-134. 2012.

FABRÍCIO, S. C. C., RODRIGUES, R. A. P., COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo - SP. v. 38, n. 1, p. 93-99, fev. 2004

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro - RJ, v. 24, n. 2, p. 409-415. 2008.

FLORES V. B., BENVEGNÚ L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa. **Caderno de Saúde Pública**. Santa Rosa - RS, v. 24, n. 6, p.1439-1446. 2013.

FLORES L. Z, MENGUE S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Porto Alegre – RS, v. 39, n. 6, p.924-929. 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHURG, P. R. Mini-mental state: practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **Journal Psychiatric**. New York, v. 12, p. 189-198, 1975.

FHON, J. R. S.; ROSSET, I; FREITAS, C. P.; SILVA, A. O.; SANTOS, J. L. F., RODRIGUES, R. A. P. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo – SP. v. 47, n. 2, p. 266-273. 2013.

GERVÁSIO, F. M. et al. Marcha de idosas e risco de quedas. **Movimenta**. Goiás-GO. v. 5, n. 1, p. 40-54, 2012. Disponível em:<<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/541>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

GESUALDO, G. D.; ZAZZETTA, M.S.; SAY, K. G.; ORLANDI, F. S. Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, p. 3493-3498. 2016.

Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health* 2003; 93:1583-9.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro- RJ, 2010; 13(3):507-518

GOODMAN, L. S. As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000.

GOULART, D., et al. Tabagismo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, pags. 313-320. 2010.

GUIMARÃES, J.M.N.; FARINATTI, P.T.V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Medicina Esportiva**, v. 1, n. 5, p. 299-305. 2005.

GUTZ, L. **Aging and spirituality: a study on social representations of elders**. 2013. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC). 2013

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 10 nov. 2016.

INCA. (2012). "Brasil Conta com 12% dos Idosos no Rol dos Fumantes." from <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=list a.asp>.

JUSTO A. **Queda como mecanismo de trauma mais frequente em idosos**. 2010. Monografia. Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência. ESAP Instituto de Estudos Avançados e Pós – Graduação. Londrina, 2010.

KANIS J. A., MELTON L. J., CHRISTIANSEN C., JOHNSTON C. C., KHALTAEV N. The diagnosis of osteoporosis. **Journal of bone mineral research**. v.9, n. 8, p.1137-1141. 2004.

KUCZYNSKI, M.; OSTROWSKA, B. Undersanding falls in osteoporosis: the viscoelastic modeling perspective. **Gait Posture**. v. 23, n.1, p.51-58. 2006.

Kanso S.; Romero D.E.; Leite I.C.; Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Caderno de Saúde Pública**. 2013; v. 29, n. 4, p.735-748. 2013.

KUZNIER, T; LENARDT, M. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. **Revista de Enfermagem**. Centro-Oeste Mineiro. v. 1, n. 1, p. 70-79,2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/29/77>. Acesso em 10/08/2016.

LEITE, V. M. M. **Cefaleia e capacidade funcional no idoso**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Recife. 2014.

LOJUDICE, Daniela Cristina et al. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010. Disponível em: . Acesso em: 9 out. 2016.

LUCENA, I. M. **Quedas em idosos assistidos na estratégia saúde da família: frequência e fatores associados**. 2009. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, 2009.

Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):32-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>.

MAIA, B.C, et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n.2, p. 381-394, 2011.

MALTA, D. C.; MARTA M. A. D.; MEDEIROS, M. D.; MASCARENHAS L.; SÁ, N. N. B.; MORAIS NETO, O. T.; BERNAL, R. T. I.; MONTEIRO, R. A.; ANDRADE, S. S.A. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de saúde pública**. v. 46, n.1, p.138 -146. 2012.

MARIN M.J.S.; CASTILHO N.C.; MYAZATO J.M.; RIBEIRO P.C.; CANDIDO D.V. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. **REME Revista Mineira de Enfermagem**. V. 11, n. 4, p. 369-374. 2007.

MASCARO, S. A. **O que é velhice?** São Paulo: Brasiliense. p. 11-34. 2004.

MASTROENI, MARCO FABIO; GILMAR SIDNEI ERZINGER; SILMARA SALETE DE BARROS SILVA MASTROENI; NILZA NUNES DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA NUNES MARUCCI **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.10 n.2 São Paulo. Jun. 2010.

MCGOLDRICK M. **As mulheres e o ciclo de vida familiar para a terapia familiar**. In: Carter B, McGoldrick M, et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, p.30-64. 2008.

MEIRELES VIVIANI CAMBOIN MEIRELES, LAURA MISUE MATSUDA, JORSELI ÂNGELA HENRIQUES COIMBRA THAIS AIDAR DE FREITAS MATHIAS.

Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.69-80, jan-abr. 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2012 .

MENDES, J. **Cuidado de Enfermagem ao Idoso no Centro de Terapia SemiIntensiva**. 87 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MENDONÇA, S. R. K.; MACIEL, A. C C.; BRITTO, H. M. J. S.; LIMA, J. C. C.; SOUZA, T. O. Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, Rio de Janeiro-RJ, dez. 2015.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**. v. 12, n. 2, p. 275-282. 2009.

MORAES, E. N. et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista de Medicina**. Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira** [tese]. Belo Horizonte: Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.

Nunes, Daniella Pires, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Érika Aparecida Silveira, Maria Márcia Bachion, Marta Rovey de Souza. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2887-2898, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. **Organização Mundial da Saúde**. São Paulo. p.1017-1029. 2000.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos do Idoso**. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (org.). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF: **Organização Pan-Americana de Saúde**. 2005.

POLL M. A., HOFFMEISTER A. C. M., TIER C. G., SANTOS SSC. Ocorrência de hospitalizações de idosos por quedas. **Ciência Cuidado & Saúde**. jul-set., v. 13, n. 3, p.447-454. 2014.

PERRACINI M. R., RAMOS L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. 709-716. 2006.

PEREIRA R. J., COTTA R. M. M., FRANCESCHINI S. C. C., RIBEIRO R. C. L., TINOCO A. L. A., ROSADO L.E.F.P.L., CAMPOS M.T.F.S. Análise do perfil socio-sanitário de

idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Revista de Medicina. Minas Gerais*, v. 20, sup.1, pags. 5-15. 2010.

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioterapia e Pesquisa**. V.16, n. 1, p. 6-10. 2009.

PINHO, T.A.M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP [online], v.46, n.2, p. 320-327, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso em: 31/01/2016.

RAMOS, L. R. **Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) n.47. São Paulo. abr. 2009.

REIS, L.A.; FLÔRES, C.M.R. Avaliação do risco de quedas e fatores associados em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 42-49, jan./abr. 2014.

REIS, L. A.; TORRES, G. V. **Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados**. *Revista brasileira de enfermagem*. v.64, n. 2. Brasília. Mar.-abr. 2011.

RIERA, R.; TREVISANI, V. F. M.; RIBEIRO, J. P. N. Osteoporose: a importância da prevenção de quedas. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 43, n. 6, p.364-8. 2003.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso – Retrospectiva Histórica. In: **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 3, p. 149-158. 2001.

RODRIGUES, C. F. **Avaliação de capacidade funcional e de equilíbrio postural em idosos com e sem histórico de quedas**. 2015. Dissertação de mestrado. Universidade do Sagrado Coração. Bauru SP. 2015.

ROMERO, A. D.; SILVA, M. J.; SILVA, A. R. V.; WAGNER JÚNIOR, R.; FREITAS, F; DAMASCENO, M. M. C. Características de uma população de idosos atendidos numa unidade de saúde da família. **Revista Rene**. Fortaleza-CE, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr.-jun. 2011.

RUBIN, G. M.; SIDNEY, S.; BLACK, D. High blood cholesterol in elderly men and excess risk for coronary heart disease. **Ann Intern Med**. v. 113, p.916-920. 2006.

SANTOS, J. S.; GUIMARÃES, A. C.; DIAMENT, J. (org.). Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**. v.43, n.4, São Paulo, ago. 2007.

SCHMIDT, P. M et al. Avaliação do equilíbrio em alcoólicos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. n.76, p.148-55, 2010.

SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal. **Guia de distritos do município de São Luís-MA**. 2014. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265>. Acesso em: 29/01/2016.

SENGER, A. E. V., et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro – RJ. v. 14, n. 4, pags.713-719. 2011.

SIQUEIRA F. V. , FACCHINI L. A., DA SILVEIRA D. S., PICCINI R. X., TOMASI E. THUMÉ E., Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Caderno de Saúde Pública**. v. 27, n. 9., set., 2011.

SILVA, A. P. A. M. **A influência de hábitos de vida (tabagismo, consumo nocivo de álcool e sedentarismo) associados à hipertensão arterial sistêmica na síndrome da fragilidade no idoso**. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2012.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2ª ed. São Paulo: Roca, p. 461-462. 2014.

SCHIAVETO, F.V. **Avaliação de quedas em idosos na comunidade**. 2014. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Quedas em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2008.

SUELVES, J. M.; MARTÍNEZ, V.; MEDINA, A. Lesiones por caídas y factores asociados em personas mayores de Cataluña, España. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 1, p. 37-42, jun. 2010.

SOUZA, J. A.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em idosos na região urbana de Antônio Dias: causas e consequências. **Revista Enfermagem Integrada**, v.5, n.2, p. 943-957. 2012.

SZWARCWALD, C. L., SOUZA-JÚNIOR, P. R. & DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in brazil according to health care need: evidence from the world health survey. **BMC Health Services Research**. v.10, n.1, p. 1–7. 2011.

VACCARI, E. **O evento queda em idosos hospitalizados**. Curitiba, 2013.

VASSALO, M.; STOCKDALE, R.; SHARMA, J. C.;BRIGGS, R.; ALLEN, S. A comparative study of the use of our fall risk assessment tools on acute medical wards. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 53, p. 1034-1038. 2005.

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786. 2011.

VERAS R. P, CALDAS C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p.11-24. 2008.

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**. v.46, n.6, São Paulo-SP, dez. 2012.

VERAS RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo-SP, v. 17, n. 1, p.231-238. 2012.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e família**, 2 ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VOLPE, C. R. G. **Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário**. 2007. 139 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). US National Institute of Aging. **Global health and aging**. Bethesda: National Institutes of Health; 2011.

WONG, L. R.; MOREIRA, M. M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). In: **Reunião Nacional de Investigación Demográfica em México: balance y perspectivas de la demografía nacional ante el nuevo milênio**. México, 2000.

ZIA, A. Blood pressure lowering therapy in older people: does it really cause postural hypotension or falls? **Journal Manipulative Physiology Therapy**. V. 29, n. 9, p.1-8.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos Você para participar da pesquisa **“ANÁLISE DE QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICA”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Dra Ana Hélia de Lima Sardinha. Os objetivos deste estudo são analisar o risco de queda em idosos, verificar se existe correlação entre condições crônicas e risco de queda e identificar as comorbidades que acometem a população idosa atendida nesta Unidade Básica de Saúde.

Espera-se que este trabalho possa contribuir como parâmetro para verificação da realidade da população idosa da cidade de São Luís e assim possam ser direcionadas estratégias mais específicas para a manutenção da saúde desta população.

Você irá colaborar respondendo questões sobre quedas anteriores, medicação de uso contínuo, estado mental, facilidade de caminhar, se faz uso de medicação por cateter, para tal, serão utilizados 2 (dois) formulários elaborados especificamente para identificação do risco de queda.

Esclarecemos que manteremos em anonimato e sob sigilo absoluto todos os dados que possa identificar você, usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes referem-se a quebra de sigilo das informações coletadas, constrangimento e a possibilidade de relembrar momentos dolorosos de sua vida. Porém, tomaremos todas as providências para evitá-las, mantendo os dados em local seguro e somente sob o poder dos pesquisadores, sendo todo o material destruído após a análise dos dados. Caso você venha a sentir-se lesado, comunique o pesquisador responsável para que sejam resguardados os seus direitos.

Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, ou gastos adicionais, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos procurar a pesquisadora responsável no endereço abaixo:

Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha

Telefones: Cel: (98) 98159-9161 /Comercial (98) 32729706

Email: anahsardinha@ibest.com.br

Termo Pós-esclarecido

Eu, _____,

após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino e rubrico este termo, juntamente com o pesquisador responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma sob o meu poder e a outra em poder do pesquisador.

Local: Data: ___/___/___

Participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APENDICE B - Ficha de perfil demográfico, socioeconômico e hábitos de vida.

I. IDENTIFICAÇÃO (iniciais):
II. PERFIL DEMOGRÁFICO:
01. Sexo: Feminino () () Masculino ()
02. Idade:
III. PERFIL SOCIOECONÔMICO
03. Cor ou raça: Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena ()
04. Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado ()
05. Com quem mora: Sozinho () Somente com cônjuge () Cônjuge e filho(s) () Cônjuge, filho(s), genro e nora () Somente com filho () Arranjos trigeracionais () Arranjos intrageracionais () Somente com os netos () Não familiares ()
06. Escolaridade: Analfabeto/ Sem Escolaridade () Fundamental/ 1 a 3 anos () Fundamental/ 4 a 7 anos () Médio incompleto/ 8 a 9 anos () Médio completo/ 10 anos ou mais () Superior ()
07. Moradia: Casa () Apartamento () Cortiço () Tenda ou Barraca () Quitinete, pensão e similares com morador () Instituição de longa permanência () Número de cômodos: _____ Número de moradores: _____
08. Renda Individual: () Nenhuma renda. () Até 1 salário mínimo (até R\$ 880,00). () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00). () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.640,00 até R\$ 5.280,00). () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.280,00 até R\$ 7.920,00). () Acima de 9 a 12 salários mínimos.
09. Renda Familiar: () Até 1 salário mínimo (até R\$ 880,00). () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00). () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.640,00 até R\$ 5.280,00). () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.280,00 até R\$ 7.920,00). () Acima de 9 a 12 salários mínimos.
10. Profissão/Ocupação: Trabalho () _____ Aposentado () Pensionista () Nenhum ()
IV. HÁBITOS DE SAÚDE E PERFIL CLÍNICO
11. Tabagismo: Sim () Não () Abstinente há _____
12. Etilismo: Sim () Não () Abstinente há _____

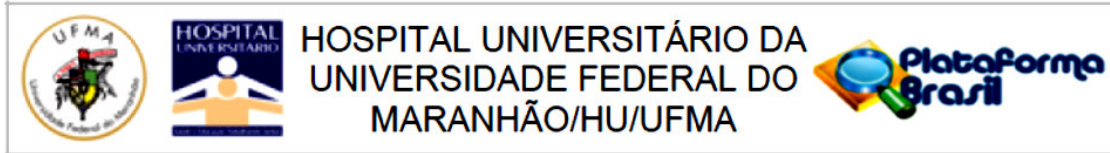
13. Doença de base: Diabetes () Hipertensão Arterial Sistêmica () Dislipidemia () Doença Hepática () Parkinson () Osteoporose () Alzheimer () Outros ()
14. Pratica atividade física: Não () Sim ()
15. Recebeu orientações de prevenção de quedas? Sim () Não ()

ANEXOS

ANEXO A - Escala de risco de queda de Downton

Quedas Anteriores	Não	0
	Sim	1
Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes / Sedativos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros Medicamentos	1
Déficits Sensoriais	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS-MA

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02090112.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: FUND DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLÓGICO DO MARANHÃO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 949.100

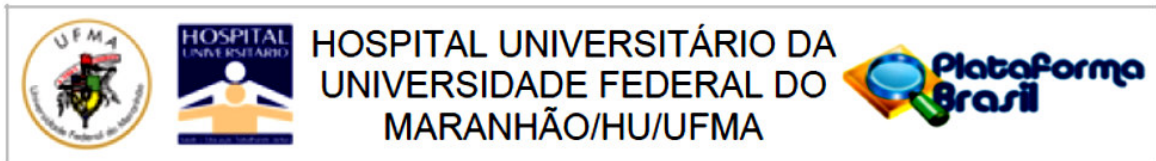
Data da Relatoria: 05/02/2015

Apresentação do Projeto:

Este estudo ira avaliar idosos com condição crônica atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA e cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Programa HIPERDIA. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quali-quantitativa. Serão entrevistados 280 idosos de ambos os sexos. Os idosos responderão um questionários com perguntas fechadas que serão preenchidos pelos investigadores contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida e a utilização de gravador durante a entrevista cujo roteiro abordará aspectos relacionados às políticas públicas de saúde e as doenças crônicas. Após a entrevista será realizado exames para avaliação de peso e estatura, pressão arterial, nível glicêmico capilar e medida da circunferência abdominal e glicemia capilar. Para análise dos dados quantitativos será utilizado o Programa Estatístico Epi-Info 2008 versão 3.5.1, tendo como nível de significância de 95%, e margem de erro tolerável de 5%. Quanto à análise qualitativa, será representada pelos resultados das entrevistas semi-estruturadas. A análise qualitativa, será realizadas através das reflexões mais importantes da coleta conforme Triviños (1987) que ressalta que em pesquisa

qualitativa a análise dos dados embora pareça ser uma fase distinta, poderá estar ocorrendo desde o momento da coleta. De acordo com Minayo (2000) a pesquisa qualitativa trabalha com o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 949.100

universo de significados, motivos, crenças e atitudes. O financiamento do estudo é de responsabilidade do pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os idosos com condição crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida (atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica);
- Traçar o perfil da família cuidadora do idoso com condição crônica;- Identificar os fatores de risco que interferem na adesão medicamentosa;
- Correlacionar condição crônica com qualidade de vida;
- Relacionar comorbidades associadas;
- Descrever os significados de condição crônica para os idosos que convivem com essa realidade;
- Descrever o significado do cuidado para os idosos com condição crônica;
- Compreender as necessidades desses idosos ao enfrentarem uma condição crônica-analisar o risco de queda em idosos,estudar a funcionalidade familiar do idoso com condição crônica;
- compreender o significado do cuidado sob a ótica dos profissionais de saúde e dos idosos e compreender a representação social do idoso

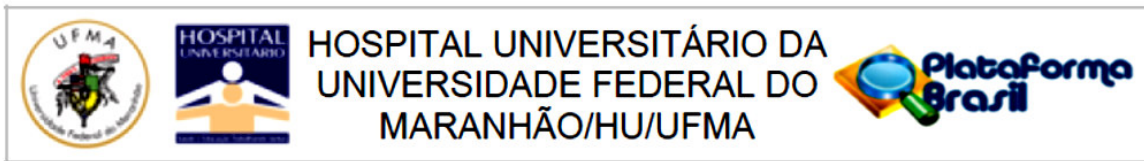
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco referido esta associado a o aspecto emocional entretanto os participantes são livres para desistirem em participar. Os benefícios estão associados a relevância social oportunizando estratégias para melhorar a qualidade da assistência aos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos. O protocolo teve a primeira aprovação em 16/11/2012 com Parecer nº 128.214 com proposta final de execução para

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 949.100

outubro/14. Pesquisador inseriu emenda solicitando prorrogação e inclusão de objetivo específico e inclusão de outras instituições, apresentando documento comprobatório de autorização do gestor, justificando a importância relacionada ao número da amostra.

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) orçamento e emenda solicitando prorrogação do período de coleta e inclusão de mais um local de coleta juntamente com a autorização do gestor do local. Atende, portanto às exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, sendo a emenda aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

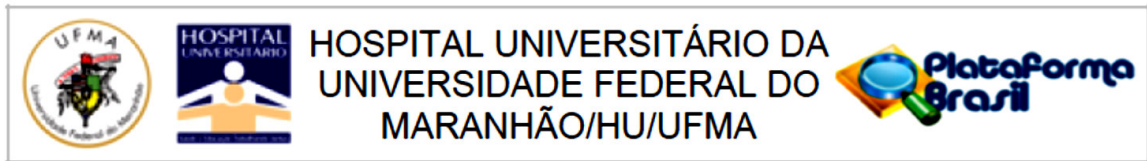
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cep@huufma.br	



Continuação do Parecer: 949.100

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 09 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

ANEXO C – Parecer do Colegiado de Curso – Projeto de TCC



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE 1- PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

- 1- **TÍTULO:** Risco de Quedas em Idosos Atendidos em Unidades Básicas de Saúde
- 2- **DISCENTE:** Nadya de Lourdes Cortez Coutinho
- 3- **ORIENTADOR:** Ana Helio de Lima Sordinhos
- 4- **INTRODUÇÃO:** contextualizado, coerente e coerente com o problema de pesquisa.
- 5- **JUSTIFICATIVA:** condizente com a atualidade e atendendo à problemática da pesquisa.
- 6- **OBJETIVOS:** Parâmetros de serem alcançados
- 7- **PROCESSO METODOLÓGICO:** atende aos critérios exigidos para atender os objetivos propostos.
- 8- **CRONOGRAMA:** Atualizado e condizente com o período atual da pesquisa.
- 9- **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Presente, atendendo ao que atende a Resolução 466/12 CNS.
- 10- **CONCLUSÃO DO PARECER:** Somos de parecer favorável para aprovação.

São Luís (MA), 06 de April de 2016.

Rafael de Abreu Lima
Professor(a) Relator(a)

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em 06/04/2016.
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Lena Maria Barros Fonseca
Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

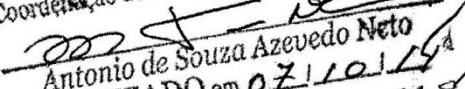
ANEXO D – Termo de autorização para a pesquisa

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

Autorizo a ampliação do prazo para Julho de 2016 da pesquisa intitulada “CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS –MA” sob supervisão da Dr^a Ana Hélia de Lima Sardinha, com o acréscimo dos seguintes objetivos: analisar o risco de queda em idosos com condições crônicas atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís –MA, estudar a funcionalidade familiar do idoso com condição crônica e compreender a representação social do idoso com condição crônica.

Informo que esta autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão


Antonio de Souza Azevedo Neto
AUTORIZADO em 07/10/14

Autorizados mediante
Processo do CEP da
Universidade Federal do Maranhão