

Perfil de idosos e o grau de confiança em relação a episódio de quedas

Profile of elderly people and degree of confidence in relation to falls episode

Francisca Elidivânia de Farias Camboim¹, Janine Rafael de Figueiredo¹, José Cleston Alves Camboim¹, Milena Nunes Alves de Sousa¹, Sheila da Costa Rodrigues Silva¹, Kamila Nethielly Souza Leite¹, Marie Oliveira Nóbrega¹

Resumo

Introdução: As quedas na população idosa são eventos comuns e aumentam gradativamente com a idade, gerando consequências, como isolamento social, declínio funcional e perda da confiança, sendo portanto, considerado um problema de saúde pública. **Objetivo:** Descrever o perfil de uma amostra de idosos que sofrem quedas, apresentar as doenças relacionadas e identificar o grau de confiança desses pacientes na execução de atividades diárias. **Casística e Métodos:** participaram do estudo 20 idosos que vivenciaram episódio de queda, cadastrados em uma microárea da Unidade Básica de Saúde III Dr. Francisco das Chagas Lopes de Sousa, no município de São Mamede-PB. Os dados foram coletados a partir de um instrumento contendo perguntas relacionadas à caracterização sociodemográfica, o auto-relato de doenças, ocorrência de quedas e da versão portuguesa do “*Falls Efficacy Scale*”. Um valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Verificou-se que maioria dos idosos era do gênero feminino (75%), viúvos, com ensino fundamental incompleto, agricultores, renda de um salário mínimo e católicos. As principais enfermidades autorrelatadas foram hipertensão arterial, déficit visual, doenças osteoarticulares e cardiopatias. A média da pontuação total da *Falls Efficacy Scale* foi de 80,75 e os idosos desta amostra apresentaram maior confiança nos itens vestir e despir. **Conclusão:** O perfil dos idosos que sofreram quedas envolve fatores que demonstram a importância da abordagem ao idoso vítima de quedas, assim como a sua prevenção de forma ampla e integral.

Descritores: Acidentes por Quedas; Idoso; Saúde Pública.

Abstract

Introduction: Falls among the elderly population are common events and gradually increase with age, generating consequences, such as social isolation, functional decline and loss of confidence, thus being considered a public health problem. **Objective:** To describe the profile of the elders who suffer falls, present related diseases and identify the degree of confidence in elders in the execution of daily activities. **Patients and Methods:** The study included 20 elders who have experienced fall episode registered in a micro area of the Basic Health Unit III Dr. Francisco das Chagas Lopes de Sousa, in São Mamede-PB. Data were collected from an instrument containing questions related to sociodemographic characteristics, the reporting of diseases, falls and the Portuguese version of the “*Falls Efficacy Scale*”, the data were analyzed in the *Statistical Package for Social Sciences*, version 21. A p-value < 0.05 was considered statistically significant. **Results:** Most elders were women, widowed, with incomplete primary education, farmers, income of a minimum wage and Catholics. The main self-reported diseases were arterial hypertension, visual deficits, osteoarticular diseases and heart diseases. The *Falls Efficacy Scale* total score average was 80.75. The results show that the elders of this sample showed greater average, thus, greater confidence, in the items dressing and undressing. **Conclusion:** The profile of the elders who have suffered falls involves factors that demonstrate the importance of approaching the elder victim of falls, as well as their prevention in a wide and comprehensive manner.

Descriptors: Accidental Falls. Aged. Public Health.

¹Faculdades Integradas de Patos. Patos-PB-Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: FEFC orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. JRF coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. JCAC delineamento do estudo, etapas de execução e elaboração do manuscrito. MNAS delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. SCRS delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. KNSL discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Francisca Elidivânia de Farias Camboim

E-mail: clestoneelidivania@yahoo.com.br

Recebido: 07/03/2017; **Aprovado:** 04/07/2017

Introdução

A maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos ou mais, quando combinados às quedas acentuadas da taxa de fecundidade e mortes por doenças infecciosas, esses aumentos na expectativa de vida levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo. Essas mudanças são dramáticas, uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Na República Islâmica do Irã, apenas uma em cada 10 pessoas da população tem mais de 60 anos em 2015. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de uma a cada três, o ritmo de envelhecimento é muito mais rápido que no passado⁽¹⁾.

Ao envelhecer, o indivíduo acumula ao longo dos anos várias alterações morfológicas que afetam o desenvolvimento do seu organismo, apresentando redução da massa muscular, assim como da densidade óssea, eventos como diminuição da acuidade visual e auditiva, tonturas, entre outros fatores que influenciam no equilíbrio do idoso, acarretando episódios de quedas⁽²⁾. Estas são um problema frequente entre os idosos, podendo causar lesões, vários problemas na qualidade de vida, imobilidade e morte⁽³⁾.

As quedas podem trazer consequências dolorosas para a vida dos idosos, dentre elas, a diminuição da mobilidade, medo de sofrer novas quedas, isolamento social, perda da autonomia e dependência para realização das atividades de vida diárias⁽⁴⁾. A queda tem forte influência sobre o agravamento da independência, qualidade de vida e autonomia dos idosos, aproximadamente 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, essa proporção sobe para 32% a 50% em pessoas idosas com mais de 70 anos de idade, quando institucionalizados, os idosos são três vezes mais propensos a cair do que aqueles que vivem na comunidade⁽⁵⁾.

Com o elevado crescimento da população idosa e as diversas alterações fisiológicas e patológicas que ocorrem nessa faixa etária, tendo conhecimento dos vários fatores que podem estar relacionados às quedas ocasionando maior probabilidade desses eventos⁽⁶⁾, assim como as consequências enfrentadas após a queda, é imprescindível investigar os fatores associados ao episódio de quedas em idosos, descrever o perfil dos idosos que sofrem quedas, identificar o grau de confiança e apresentar as doenças relacionadas como forma de melhoria da assistência de saúde com estratégias multidimensionais.

Casuística e Métodos

O estudo foi do tipo descritivo, de campo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na microárea da zona urbana da Unidade Básica de Saúde - UBS III Dr. Francisco das Chagas Lopes de Sousa, a qual possui 697 famílias cadastradas, localizada no município de São Mamede-PB. São Mamede está localizada a 283 Km da capital João Pessoa, na região do Sertão paraibano, com população estimada em 7.756, e área geográfica de 530,728Km², segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽⁷⁾.

A amostra do estudo foi composta por todos os idosos que viveram episódio de queda, totalizando 20 idosos, atendendo aos

critérios de inclusão: pertencerem a micro-área da zona urbana em estudo; terem vivenciado episódios de queda após os 65 anos e apresentarem histórico de quedas recorrentes no último ano. Como todos os idosos que vivenciaram episódio de queda, acompanhados na UBS acima citada, participaram do estudo, não houve critérios de exclusão.

Para a caracterização sóciodemográfica, foi utilizado um instrumento, contendo perguntas relacionadas à identificação, como a idade, estado civil, escolaridade, gênero, renda, ocupação, religião e doenças autorrelatadas que dificultam a locomoção do idoso, como número de quedas, quedas recorrentes, traumas e enfermidades graves ou crônicas.

O medo de cair foi avaliado pela versão brasileira do “*Falls Efficacy Scale*” (FES)⁽⁸⁾, que mensura o grau de confiança que os idosos apresentam quanto à realização de dez atividades comuns relevantes, tais como: vestir e despir-se; preparar uma refeição ligeira; tomar um banho ou duche; sentar/levantar da cadeira; deitar/levantar da cama; atender a porta ou o telefone. A confiança que os idosos possuem em efetuar as atividades sem cair está representada numa escala analógica de dez pontos que varia de “sem nenhuma confiança” (um ponto), “minimamente confiante” (cinco pontos) e “completamente confiante” (dez pontos). A pontuação da FES é a soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens. A pontuação mínima possível é de dez e a máxima de 100. Após a soma dos valores, os resultados mais baixos significam pouca confiança ou maior medo de cair e os mais altos expressam muita confiança ou menor medo de cair. Desta forma, quanto mais elevada é a pontuação, maior é a confiança, traduzindo-se num elevado auto-eficácia⁽⁸⁻⁹⁾.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual, em local tranquilo, na própria residência do idoso, com tempo estimado entre 15 a 20 minutos, em que houve explicação acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento e possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomenclatura utilizada no questionário. Também foi realizado, antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram tabulados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21. Foi utilizada estatística descritiva de frequência, porcentagem, média, desvio padrão e mediana. As variáveis gênero, estado civil, escolaridade, perfil ocupacional, renda familiar, religião, doença que dificulta a locomoção, principais preocupações com a saúde, enfermidades graves ou crônicas, traumas e número de quedas descritos nas tabelas 1 e 2 foram apresentadas por frequência absoluta e relativa.

As variáveis vestir e despir-se, preparar uma refeição ligeira, tomar um banho ou duche, sentar/levantar da cadeira, deitar/levantar da cama, atender a porta ou o telefone, andar dentro de casa, chegar aos armários, trabalho doméstico ligeiro e pequenas compras, que se refere às atividades realizadas no questionário “*Falls Efficacy Scale*” (FES), descritos na Tabela 3 foram apresentados por medida de tendência central seguida de medida de dispersão. Considerando o pequeno tamanho amostral, optou-se por testes inferenciais não paramétricos. A Tabela 4 indica a correlação de Spearman, U de Mann-Whitney e H de Kruskal-Wallis. Aceitou-se como estatisticamente significativo um p

menor ou igual a 0,05, ou seja, $p < 0,05$. A Tabela 5 faz uma comparação entre as variáveis: apresenta doença que dificulta a locomoção. Sim/Não e confiança em não cair usando medida de tendência central seguida de medida de dispersão e nível de significância ($p < 0,05$).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, conforme descrito na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado, mediante o parecer CEP: 1.328.677, em 18 de novembro de 2015.

Resultados

Os resultados quanto ao perfil dos idosos, foram analisados conforme gênero, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar. A Tabela 1 descreve os dados do perfil sociodemográfico. Podemos observar que a maioria era do sexo feminino, viúvos, com ensino fundamental incompleto, agricultores e renda de um salário mínimo. A média da idade dos idosos foi de 80,65 ($\pm 8,04$) anos.

Tabela 1. Perfil das pessoas idosas de acordo com as variáveis sócio demográficas, UBS, São Mamede/PB, 2016

Gênero	N	%
Masculino	5	25,0
Feminino	15	75,0
Estado civil		
Solteiro	1	5,0
Casado	8	40,0
Viúvo	11	55,0
Escolaridade		
Não alfabetizados	5	25,0
Ensino fundamental incompleto	14	70,0
Ensino médio incompleto	1	5,0
Perfil ocupacional		
Agricultura	12	60,0
Dona de casa	7	35,0
Comerciante	1	5,0
Renda familiar		
01 Salário mínimo	13	65,0
Dois salários mínimos ou mais	7	35,0

Em relação à descrição dos dados concernentes à saúde e às quedas (Tabela 2), metade dos idosos relatou apresentar doença que dificulta a locomoção, estando à artrose presente em metade dos casos. As principais preocupações e as enfermidades mais presentes foram à hipertensão arterial, déficit visual, doenças osteoarticulares e cardiopatias. A maioria não apresentava traumas, contudo, 13 idosos apresentaram uma queda após os 65 anos, enquanto que sete relataram que as quedas foram recorrentes no último ano.

Tabela 2. Distribuição das pessoas idosas de acordo com os dados relativos à saúde e quedas, UBS, São Mamede/PB, 2016

	N	%
Apresenta doença que dificulta a locomoção		
Sim	10	50,0
Não	10	50,0
Qual		
Osteoporose	1	10,0
Artrose	5	50,0
Lombalgia	4	40,0
Principais preocupações com a saúde *		
Hipertensão Arterial	7	28,0
Cardiopatias	6	24,0
Doença Osteoarticular	4	16,0
Déficit visual	3	12,0
Diabetes Mellitus	4	16,0
Outros	1	4,0
Enfermidades graves ou crônicas*		
Hipertensão Arterial	10	24,4
Cardiopatias	6	14,6
Doença Osteoarticular	7	17,1
Déficit visual	8	19,5
Diabetes Mellitus	5	12,2
Outros	5	12,2
Traumas		
Não	17	85,0
Fratura no braço	2	10,0
Fratura no Quadril	1	5,0
Número de quedas		
Uma	13	65,0
Duas	1	5,0
Três	3	15,0
Quatro	3	15,0
Queda recorrente		
Não	13	65,0
Sim	7	35,0

* Idosos responderam mais de uma opção nos dados relativos à saúde.

Na Tabela 3 ficou evidente que, os itens vestir e despir-se foram os que apresentaram maior média (8,85), ou seja, maior confiança para essa atividade, seguido dos itens chegar aos armários (8,80) e andar dentro de casa (8,75). A média da pontuação total foi de 80,75 (DP = 1,43) com mediana de 8,25. A confiança, que os idosos possuem em realizar as atividades após o episódio de queda, está representada numa escala de dez pontos que varia de “sem nenhuma confiança” (um ponto), “minimamente confiante” (cinco pontos) a “completamente confiante” (dez pontos). A pontuação da FES é a soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens. A pontuação mínima é de dez e a máxima de 100. É possível dizer que os idosos apresentaram um bom grau de confiança.

Tabela 3. Distribuição das pessoas idosas de acordo pontuação total do questionário de *Falls Efficacy Scale*, UBS, São Mamede/PB, 2016

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Vestir e despir-se	8,85	0,99	9,0	7	10
Preparar uma refeição ligeira	7,70	2,45	8,0	1	10
Tomar um banho ou duche	8,35	2,03	9,0	1	10
Sentar/levantar da cadeira	8,50	1,19	9,0	6	10
Deitar/levantar da cama	8,55	1,23	9,0	5	10
Atender a porta ou o telefone	8,45	1,39	9,0	5	10
Andar dentro de casa	8,75	1,07	9,0	6	10
Chegar aos armários	8,80	0,89	9,0	7	10
Trabalho doméstico ligeiro	6,75	2,45	7,0	1	10
Pequenas compras	6,05	2,54	6,0	1	10
Confiança em não cair (Pontuação total)	80,7	1,43	8,25	4,20	10

A Tabela 4 indica as correlações entre grau de confiança com idade, educação e número de quedas. A idade apresentou correlações estatisticamente negativas com todos os itens e com a pontuação total de confiança, indicando que quanto menor a idade maior a confiança dos idosos em não cair. A maior correlação foi com o item trabalho doméstico ligeiro e a pontuação total de confiança. Não houve resultados estatisticamente significativos entre educação, número quedas e o grau de confiança.

Tabela 4. Correlação da confiança em não cair com idade, educação e número de quedas, em pessoas idosas atendidas por uma Unidade Básica de Saúde, São Mamede/PB, 2016

	Confiança queda	Idade	Educação	Número de quedas
Vestir e despir-se	0,74†	-0,39	0,04	-0,40
Preparar uma refeição ligeira	0,89†	-0,73†	0,26	-0,17
Tomar um banho ou duche	0,80†	-0,61†	0,20	-0,08
Sentar/levantar da cadeira	0,80†	-0,47*	0,06	-0,37
Deitar/levantar da cama	0,83†	-0,50*	0,03	-0,30
Atender a porta ou o telefone	0,94†	-0,63†	0,07	-0,30
Andar dentro de casa	0,85†	-0,53*	0,09	-0,12
Chegar aos armários	0,73†	-0,42	0,03	-0,18
Trabalho doméstico ligeiro	0,88†	-0,76†	0,33	-0,16
Pequenas compras	0,91†	-0,70†	0,16	-0,06
Confiança em não cair	1,00	-0,75†	0,18	-0,17

* $p < 0,05$; † $p < 0,01$.

A Tabela 5 apresenta uma comparação entre as variáveis: Dados relativos a saúde (apresenta doença que dificulta a locomoção: Sim/Não) e a Confiança em não cair (questionário *Falls Efficacy Scale* FES). Os idosos que não apresentam doenças que dificultam a locomoção tiveram maior mediana de confiança (8,60), sendo significativamente associados ao maior grau de confiança em não cair ($p < 0,04$).

Tabela 5. Comparação entre dados relativos à saúde e confiança em não cair, UBS, São Mamede/PB, 2016

	Confiança em não cair			
	Média	Desvio Padrão	Mediana	P
Apresenta doença que dificulta a locomoção				
Sim	7,43	1,48	7,90	0,04
Não	8,72	1,11	8,60	
Doenças				
Osteoporose	8,30		8,30	
Artrose	6,86	1,96	7,70	0,64
Lombalgia	7,43	0,55	7,90	

* $p < 0,05$

Discussão

O processo de envelhecimento gera algumas modificações no corpo, logo é natural identificar parâmetros reduzidos de massa corporal e densidade óssea que os enfraquecem, assim como afecções características do quadro de doenças crônico-degenerativas, fragilizando; esses aspectos refletem na postura e equilíbrio do idoso facilitando o evento da queda⁽²⁾. Após a queda, o idoso torna-se mais propício à baixa autoconfiança em realizar suas atividades, seja por medo de novas quedas ou devido a outros fatores físicos, psicológicos ou sociais⁽³⁾.

Considerando o perfil sociodemográfico de idosos que sofreram quedas, foram encontradas semelhanças com outras pesquisas feitas com idosos assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁽¹⁰⁻¹¹⁾. As mulheres se apresentaram em maior número dentre os entrevistados. O resultado é consistente com outros estudos⁽¹²⁾ que creditam a maior ocorrência de quedas no sexo feminino a fatores como a menor força muscular e quantidade de massa magra que as mulheres apresentam em relação aos homens ao envelhecer, assim como o maior número de doenças crônicas que acomete as mulheres nessa faixa etária e múltiplas tarefas que realizam no domicílio, comprometendo sua capaci-

dade funcional e levando-as a ter maior propensão para sofrer lesões pelas quedas. Isso pode ser justificado também porque as mulheres compõem a maioria da população idosa nordestina. De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010 a proporção de homens é maior na base e a partir dos 20 anos a situação inverte-se, chegando a uma razão de 70,7 homens para 100 mulheres na faixa de 80 anos ou mais⁽¹³⁾. A sobrevivência e longevidade em mulheres ocorrem em todas as sociedades modernas, desenvolvidas ou não, o que pode ser explicado pelo fato de os homens morrerem mais cedo, em decorrência de um estilo de vida associado a mais fatores de riscos⁽¹⁴⁾.

O baixo nível de escolaridade entre idosos ainda é uma realidade dos países em desenvolvimento, dificultando a compreensão por parte desses indivíduos das particularidades da doença no enfretamento diário. Considera-se que essa é uma situação esperada, conseqüente à dificuldade de acesso à educação dos idosos quando eram crianças e jovens⁽¹⁵⁾. No que diz respeito à escolaridade dos idosos sertanejos, um estudo realizado no estado do Ceará⁽¹⁶⁾ ressalta um número considerável de indivíduos analfabetos, aproximadamente 50% da população idosa encaixam-se nesse perfil.

Uma das características do estrato populacional é a maior prevalência de viúvos entre os idosos do que em qualquer outra idade⁽¹⁷⁾. Sendo viúvo, o idoso geralmente reside sozinho, atribuindo-se tarefas que, associadas à instabilidade postural, aumentaria o número de situações para o risco de quedas. Considera-se, também, que o cuidado mútuo entre parceiros poderia explicar a menor prevalência de quedas entre os que vivem com companheiro^(10,12).

A maioria dos idosos avaliados eram agricultores e recebiam até 1 salário mínimo, o padrão baixo econômico do grupo pode restringir os cuidados necessários a saúde, impossibilitando os idosos de receberem assistência de saúde adequada, dificultando a compra dos medicamentos, continuidade do tratamento e interferindo na manutenção e recuperação da saúde⁽¹⁸⁾. A população idosa do nordeste é caracterizada por ser formada, prioritariamente por mulheres, viúvos/casados, analfabetos, aposentados, agricultores e participantes de programas do governo como a bolsa família⁽¹⁹⁾. Portanto, o padrão econômico desfavorável atrelado ao baixo nível escolar da população estudada, favorecem a baixa qualidade de vida e conseqüentemente, suscetibilidade aos processos patológicos relacionados às más condições de vida. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) também foi citada em outras pesquisas como doença mais prevalente, assim como sua interferência na capacidade funcional do idoso^(20,21). Estão associados ao histórico de quedas outros fatores, como osteoporose, distúrbio de marcha e equilíbrio, depressão, doença cerebrovascular e neurológica, baixo índice de massa corporal, reumatismo, artrite, artrose, redução da acuidade visual, tontura, insônia⁽¹²⁾. O déficit visual pode comprometer as atividades e a interação social de idosos, uma vez que gera dependência e restrição da mobilidade. Associada ao episódio de queda, a diminuição da acuidade visual pode prejudicar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, aumentando a insegurança e afetando a qualidade de vida dessa população⁽²²⁾. Não foram realizados testes de déficit visual nos idosos que participaram

desta pesquisa.

Pode-se dizer que os idosos avaliados possuem apreciável confiança em realizar suas atividades, uma vez que os mesmos se apresentaram independentes. Os resultados de um estudo relacionado à qualidade de vida indicam que os idosos institucionalizados obtiveram escores significativamente inferiores aos dos idosos residentes na comunidade em quase todas as dimensões avaliadas. Segundo os autores, o idoso da comunidade tem mais confiança e possibilidades de exercer o poder de comando sobre suas vidas, tomar decisões, o que favorece a qualidade de vida dos idosos⁽²³⁾.

Todos os itens da escala foram avaliados separadamente. Nesses, os idosos demonstraram-se minimamente confiantes em realizar atividades de limpeza doméstica e pequenas compras ou atividades fora do domicílio. Tais dados corroboram um estudo realizado em 2009⁽²⁴⁾, no qual 50% dos idosos se mostraram preocupados em ir às compras; 58,33% em andar sozinhos pela vizinhança e 86,66% demonstraram insegurança em andar em locais contendo multidões, o que chama atenção para a diminuição após a queda das atividades realizadas extra-domicílio, levando ao risco de exclusão social e restrição das atividades. O medo de cair ocasiona repercussões negativas no bem-estar físico e funcional do idoso, na confiança em executar as atividades de vida diária, sociais ou físicas, justificando o sedentarismo nessa população⁽²⁵⁾. O estilo de vida sedentário e introspectivo induz a redução da força muscular e do equilíbrio, baixo desempenho físico, podendo provocar anormalidades na marcha, resultando posteriormente em mais quedas⁽²⁵⁾.

A idade apresentou correlação estatisticamente negativa com a maioria dos itens do instrumento FES, já que a diminuição da confiança para a realização de atividades diárias é diretamente proporcional ao aumento da idade. Podemos destacar que a educação e o número de quedas não apresentaram correlação estatisticamente significativa com o grau de confiança. Um estudo⁽²⁵⁾ realizado com 253 idosos apresentou resultado análogo, indicando correlação estatística ($p < 0,01$) entre FES-I-BRASIL e a idade, destacando o aumento da idade como um dos fatores de risco e preocupação do medo de sofrer novas quedas, orientando que a idade avançada é indicativa de redução da reserva funcional. O medo pode progredir e se tornar debilitante, trazendo risco ao idoso de expressar sentimentos desmoralizados e de fragilidade, insegurança, vulnerabilidade, perda de controle e ansiedade relacionada à doença e à morte⁽²⁶⁾. O medo de cair é para ser encarado como uma preocupação de saúde pública, pois aumenta o receio de sair de dentro de casa, levando o idoso ao risco de isolamento social, de quedas futuras, aumento da depressão, perda da independência e declínio funcional precoce^(9,27-28). Foram identificados resultados estatisticamente significativos entre os idosos que apresentam doenças que dificultam a locomoção, com o medo de sofrer novas quedas. A artrose esteve presente em metade dos indivíduos que apresentaram dificuldades em se locomover. As doenças reumáticas caracterizam-se essencialmente por seu comprometimento crônico e incapacitante. A artrite assim como outros distúrbios osteoarticulares que resultam em rigidez e artralguas, estão associados à instabilidade no equilíbrio estático e na deambulação. Estas alterações trazem

como consequências restrições na mobilidade, induzindo a dependência funcional e quedas em idosos⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Torna-se importante a adoção de um plano de ações que tenha o objetivo de orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores sobre os fatores de risco de quedas encontrados, bem como a importância de adaptar o ambiente para maior segurança e conforto, principalmente para aqueles com maior comprometimento físico que apresentam dificuldade na marcha e necessidade de uso de dispositivos auxiliares como bengala, muletas, cadeira de rodas e de pessoas para transferi-los de posições agravantes⁽³¹⁾.

Diante do exposto, observa-se o quão relevante é a abordagem da ocorrência de quedas na população idosa, sendo considerado um dos cinco gigantes da geriatria⁽³²⁾, a qual traz consequências dolorosas ao idoso. A busca do perfil dos idosos com história de quedas e seus fatores de risco se faz necessária, merecendo primordial atenção dos cuidadores de idosos e profissionais de saúde, com o objetivo de redução da incidência de quedas nessa faixa etária.

Após um episódio de queda, o idoso sente-se amedrontado e desmotivado na realização de suas atividades. Estudo aponta a ideia de intervenções multifacetadas trabalhando treinamentos de equilíbrio, exercícios supervisionados em domicílio, atividades educacionais e de modificação de comportamento voltados para o aumento da confiança desses idosos⁽²⁾.

Os resultados do estudo limitaram-se ao tamanho da amostra, uma vez que foram incluídos apenas idosos da micro-área urbana. No entanto, o estudo traz uma abordagem de aspectos reais da amostra estudada, o que contribui para maior compreensão dessa fase da vida.

Conclusão

A prevalência do episódio de quedas é um evento mais prevalente entre mulheres, viúvos, com baixo grau de instrução e renda familiar desfavorável; as doenças mais citadas pelo público estudado foram hipertensão arterial, déficit visual, doenças osteoarticulares e cardiopatias. Verificou-se que os idosos que não possuem doenças que dificultam a locomoção, apresentam maior grau de confiança em não cair, e a idade apresentou correlação estatisticamente negativa com a maioria dos itens e com a pontuação total do FES, demonstrando que quanto maior a idade menor o grau de confiança do idoso para realização das suas atividades diárias de forma independente. Desta forma, os resultados do estudo contribuem para que os profissionais da saúde repensem sobre a assistência ao idoso, com o intuito de tornar os serviços de saúde mais eficientes e efetivos no que envolve a prevenção e o combate às quedas, e conseqüentemente, promover melhor qualidade de vida ao público idoso.

Referências

1. World Health Organization. Media centre [homepage na Internet]. WHO 2017 [acesso em 2016 Jul 6]. Number of people over 60 years set to double by 2050; major societal changes required; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>
2. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa

- em saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):201-9.
3. Carvalho EMR, Juliana Rosa Garcês JR, Menezes RL, Silva ECF. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;13(1):7-16.
4. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):991-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>
5. Reis KMC, Jesus CAC. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. *Rev Latinoam Enferm.* 2015;23(6):1130-8.
6. Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place.* 2012;1(20):106-94. DOI:10.1590/0104-1169.0285.2658
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Paraíba [homepage na Internet]. IBGE 2016 [acesso em 2016 Set 23]. O seu município em números 2016; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/downloads/folders/eleicao2016/25/2514909.pdf>
8. Melo CA. Adaptação cultural e validação da escala “falls efficacy scale” de tinetti. Ifisionline. Repositório Comum IPS - ESS [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2016 Maio 1];1(2):33-43. Disponível em: http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8721/1/artigo3_vol1_n2.pdf
9. Carvalho J, Pinto J, Mota J. Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Rev Port Cienc Desp* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2016 Ago 8];7(2):225-231. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232007000200011
10. Araújo SP, Maia JRP, Vieira JNL, Soares KVBC, Dias RS. Características e ocorrências das quedas em idosos residentes em São Luís, maranhão. *Rev Pesq Saúde.* 2014;15(3):331-5.
11. Paula FL, Fonseca MJM, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):587-95. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400004>
12. Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MBA. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(3):705-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150110>
13. Leite JCF, Souza KL. O novo perfil do nordeste brasileiro no censo demográfico 2010. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil; 2012.
14. Fhon JRS, Wehbe SCCF, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev Latinoam Enferm.* 2012;20(5):1-8.
15. Leite MT, Hildebrandt LM, Gonçalves LHT, Falcade BL, Biasuz S, Heisler EV, et al. Caracterização e condições de saúde de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Ciênc Envelh Hum.* 2010;7(1):71-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.1098>
16. Ponciano DR, Nunes TTV, Cerdeira DQ. Idoso sertanejo: a realidade sociodemográfica e antropométrica da terceira idade do município de Senador Pompeu/CE. *Rev Bras Fisiol Exerc.* 2015;14(2):81-9.

17. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Cognitive and health conditions in elderly participants in Recreation and Leisure Activities Centers. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):64-71.
18. Martins MAA, Pereira PLL, Faria CDCM, Martins PHA, Silva JA, Barbosa JMM, et al. A presença do cão e sua relação com o relato de morbidades, incidência de quedas e a qualidade de vida de um grupo de idosos em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2015;17(1):113-21.
19. Silva MD, Guimarães HA, Filho EMT, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1137-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000073>
20. Ursine PGS, Cordeiro HA, Moraes CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Cienc Saude Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2016 Maio 9];16(6):2953-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/33.pdf>
21. Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):727-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>
22. Menezes C, Vilaça KHC, Menezes RL. Falls and quality of life of people with cataracts. *Rev Bras Oftalmol.* 2016 [acesso em: 2016 Maio 9];75(1):40-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v75n1/0034-7280-rbof-75-01-0040.pdf>
23. Khoury HTT, Sá-Neves AC. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(3):553-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13012>
24. Rezende AAB, Silva IL, Cardoso FB, Beresford H. Fear among the elderly of suffering recurring falls: the gait as a determining factor of functional independence. *Acta Fisiatr.* 2010;17(3):117-21.
25. Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalence of fear of falling among a population of older adults and its correlation with mobility, dynamic balance, risk and history of falls. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(3):223-9.
26. Fucahori FS, Lopes AR, Correia JJA, Silva CK, Trelha CS. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter Mov* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2016 Ago 7];27(3):379-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000300379
27. Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(4):758-68.
28. Pinheiro HA, Vilaça KHC, Carvalho GA. Assessment of muscle mass, risk of falls and fear of falling in elderly people with diabetic neuropathy. *Fisioter Mov* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2016 Ago 7];28(4):677-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000400677
29. Ferreira AH, Godoy PBG, Oliveira NRC, Diniz RAS, Diniz REAS, Padovani RC, et al. Investigation of depression, anxiety and quality of life in patients with knee osteoarthritis: a comparative study. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(5):434-8. DOI: 10.1016/j.rbr.2015.03.001
30. Santos RKM, Maciel ACC, Britto HMJS, Lima JCC, Souza TO. Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(12):3753-62. DOI: 10.1590/1413-812320152012.00662015
31. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):684-9.
32. d'Alencar MS, d'Alencar FS. Quedas na velhice: uma ocorrência impeditiva à manutenção da funcionalidade. *Memo-rialidades.* 2013;(20):9-27.

Francisca Elidivânia de Farias Camboim é enfermeira, especialista em Saúde Mental, mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, docente/pesquisadora do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: clestoneulidivania@yahoo.com.br

Janine Rafael de Figueiredo é enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Patos. E-mail: janine.amy@hotmail.com

José Cleston Alves Camboim é enfermeiro, especialista em saúde pública pelas Faculdades Integradas de Patos, mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e docente da Escola de Ciências da Saúde de Patos. E-mail: clestoncamboim@gmail.com

Milena Nunes Alves de Sousa é enfermeira, pós-doutora em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca, docente nas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: minualsa@hotmail.com

Sheila da Costa Rodrigues Silva é enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, docente do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: sheilarodrigo@hotmail.com

Kamila Nethielly Souza Leite é enfermeira, mestre em Enfermagem pelo programa de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, docente do curso bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: ka_mila.n@hotmail.com

Marie Oliveira Nóbrega é enfermeira graduada nas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: nobregamarie@gmail.com