

Medo de Quedas em Idosos

Carolina Kiyomi Hada¹

Cintia Hitomi Yamashita²

Maria Amélia de Campos Oliveira³

¹Graduanda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica do Programa Unificado de Bolsas da Universidade de São Paulo. E-mail: carolina.hada@usp.br

²Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: cintia.hitomi.yamashita@usp.br

³Enfermeira. Professor Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo. E-mail: macampos@usp.br

Correspondência:

Carolina Kiyomi Hada

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP: 05403-000. São Paulo, SP

E-mail: carolina.hada@usp.br

RESUMO

Introdução: As quedas, principais causas de morte por injúria em idosos, podem resultar no medo de quedas. O medo de quedas, o qual está associado a problemas físicos e à saúde mental, limita o indivíduo na realização das tarefas diárias e na participação social, que acabam por reduzir a mobilidade, comprometendo a musculatura e, consequentemente, o equilíbrio, aumentando a probabilidade de ocorrer uma futura queda. Além disso, o medo de quedas é um fenômeno comum na população idosa, e um indicativo da presença de algum problema na saúde do idoso. **Objetivo:** identificar a presença do medo de quedas em um grupo de idosos atendidos em um Centro de Saúde Escola. **Método:** trata-se de um estudo transversal realizado em um Centro de Saúde Escola vinculado à uma universidade pública do Estado de São Paulo. A amostra foi do tipo conveniência, sendo composta por 100 idosos de ambos os sexos, atendidos no Centro de Saúde Escola, e excluídos aqueles que apresentaram algum déficit cognitivo e/ou demência. Foram utilizados o questionário de caracterização sociodemográfica e de condições de saúde e o FES-I (Falls Efficacy Scale International). Para a coleta de dados utilizou-se o software REDCap. Os dados foram analisados descritivamente através de testes de associação entre o escore de medo de quedas e variáveis relacionadas ao perfil e condição de saúde dos idosos, sendo considerado resultado estatisticamente significativo, quando $p < 0,05$. Todos os procedimentos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12. **Resultados:** a maioria dos idosos era do sexo feminino (75%), com idade média de 78 anos e apresentaram uma média total de 27,76 pontos no escore de medo de quedas. Na associação entre medo de quedas e condições de saúde dos idosos, apenas a variável cor/raça apresentou diferença significativa ($p = 0,046$) entre os grupos. As variáveis quantitativas de idade ($r = 0,480$; $p < 0,01$), número de cômodos por domicílio ($r = -0,247$; $p = 0,013$) e renda familiar ($r = -0,285$; $p = 0,019$), apresentaram correlação estatisticamente significativa com o escore de medo de quedas. **Conclusão:** acredita-se que este estudo contribui para o planejamento de estratégias de intervenção e prevenção em saúde em relação às quedas e medo de quedas, auxiliando serviços de saúde, principalmente aqueles de atenção primária, e a equipe de enfermagem às novas demandas do envelhecimento, e assim, conseguir oferecer e fortalecer uma assistência singular e de qualidade e baseada em evidências no cuidado à população idosa.

Descritores: Acidentes por Quedas, Idoso, Enfermagem em Saúde Comunitária.

1. INTRODUÇÃO

A partir do século XX, com a implosão geriátrica e avanços da tecnologia na área da saúde, houve uma intensificação da transição demográfica (OPAS, 2011) e a alteração do perfil epidemiológico da população, com redução de doenças infecciosas e aumento de moléstias crônica-degenerativas, ocasionando a “inversão” da pirâmide etária e o aumento da longevidade, porém com a presença de doenças crônicas e que podem ocasionar alguma limitação funcional (Louvison, 2010).

O processo de envelhecimento pode ocorrer de duas formas distintas: senescência ou senilidade. Na senescência, ocorrem diversas alterações, tais como o declínio da reserva fisiológica e acuidade auditiva e visual (Soares et al., 2014), e modificações corporais, como a diminuição da massa muscular, alterando a postura, marcha e equilíbrio, ou seja, é um processo “natural” de cada indivíduo e que ocorre com o passar dos anos.

Entretanto, quando este declínio acontece de forma patológica, seja por meio de estresse psíquico, físico ou biológico, denomina-se senilidade, isto é, o indivíduo encontra-se no envelhecer senil, desenvolvendo alguma condição patológica, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, as consequências devido a um acidente vascular cerebral, dentre outros.

Em muitos casos, essa condição patológica pode acarretar em alguma limitação funcional e o idoso passa a necessitar de auxílio de outras pessoas na realização de atividades do cotidiano. Em muitas situações, a limitação funcional é ocasionada devido a alguma queda, atingindo cerca de 51% da população idosa com mais de 85 anos (Ciosak et al., 2011; Gasparotto et al., 2014; Smith et al., 2017).

A queda é uma das principais causas de morte por causas externas em idosos, e pode resultar no medo de quedas, tanto pelos idosos que já sofreram pelo menos um episódio, quanto por aqueles que nunca vivenciaram a situação. Em muitos estudos, ambos os conceitos são tratados de formas semelhantes, porém possuem significados distintos.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2016), as quedas são conceituadas como a perda de equilíbrio involuntário, seguido de contato no chão ou alguma outra

superfície firme, e são responsáveis por cerca de 42 mil óbitos por ano mundialmente, aumentando seu risco quando o idoso já apresenta um episódio anterior de queda.

Na população idosa, aproximadamente 30% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem ao menos uma queda anualmente, aumentando essa porcentagem para 50% quando se trata de idosos acima de 80 anos (Bailly et al., 2014). Além de ser uma síndrome geriátrica, a queda é um grave problema de saúde pública, já que possui a taxa mais elevada de mortalidade no pós-queda (>70%) na população com idade superior a 60 anos(Tinetti et al., 2010; Rockett et al., 2012 ; WHO, 2016 ; DATASUS, 2015).

As quedas externas, ou seja, aquelas que ocorrem fora do domicílio, geralmente estão relacionadas com indivíduos fisicamente ativos, que realizam caminhadas ou outros exercícios físicos, que possuem alguma atividade social, dentre outros.Já as quedas internas, que ocorrem no interior do domicílio, estão mais associadas a idosos inativos e com um pior estado de saúde (Nascimento et al., 2016).

A queda interna geralmente acontece por um acúmulo e soma de aspectos intrínsecos, tais como a sonolência, a depressão, como resultado da diminuição da atividade física e de suporte social, pela presença de doenças crônicas como a artrite e também pela idade avançada.Nessa idade, também é frequente o idoso fazer uso de vários medicamentos concomitantemente, que podem alterar sua percepção espacial e propiciar a ocorrência de uma queda. Além disso, os aspectos extrínsecos ao idoso, ou seja, que estão relacionados ao ambiente em que ele reside (como a luminosidade, presença de tapetes, objetos no chão etc.), também contribuem para que o evento ocorra (Soares et al, 2014; Nascimento et al, 2016).

O medo de quedas pode ser conceituado conforme o autor, ou seja, sua definição varia. A primeira descrição encontrada, datada em 1982, trata o medo de cair como uma ptofobia. No total, seis definições diferentes foram encontradas para o mesmo termo no estudo de Greenberg, o qual adotou como definição: “nível de preocupação em sofrer uma queda”. O mesmo conceito utilizado para este estudo. .

O medo de quedas comumente está associado a uma síndrome pós-queda, ou seja, após sofrer uma queda, o idoso passa a evitar realizar algumas tarefas do cotidiano e também não participar de atividades físicas, pela maior preocupação em sofrer novas quedas, diminuindo a percepção de auto-eficácia, ou seja, a capacidade do próprio indivíduo realizar

determinada tarefa (Greenberg et al., 2016). Entretanto, o medo de quedas pode afetar também até 70% dos idosos que nunca tiveram algum episódio de queda relatado (Harding e Gardner, 2009).

Essas limitações acabam por reduzir a mobilidade do idoso, comprometendo o sistema músculo-esquelético e o equilíbrio, ou seja, contribuindo para o isolamento do indivíduo, potencializando o ciclo do declínio funcional e o medo de cair, e consequentemente, aumentando o risco de sofrer alguma queda (Vitorino et al., 2017 ; Dierking et al., 2016).

O medo de quedas, fenômeno comum na comunidade idosa, pode ser mensurado por diversos instrumentos de avaliação. Como o conceito pode variar de acordo com cada pesquisador e da ferramenta utilizada, os resultados dos estudos mostram uma variação entre 3% à 85% de idosos que apresentaram algum medo de quedas dentre aqueles que participaram dos estudos.

Estudos anteriores mostraram associação significativa entre o medo de quedas e condições crônicas, osteoartrites, injúrias ortopédicas, doenças neurológicas, além de condições sociodemográficas e má percepção da própria vida (Lach, Parsons, 2013). O medo de quedas também é um indicativo de que há algum problema de saúde no idoso, pois é relacionado com problemas físicos e com a saúde mental, incluindo o declínio da realização das atividades diárias e a qualidade de vida (Dierking et al., 2016).

Portanto, esse estudo possui como finalidade evidenciar a necessidade de se investigar o medo de quedas dos idosos, para melhorar o atendimento e a saúde dessa população. Com isso, espera-se que o estudo contribua para a prevenção de quedas, que podem trazer consequências futuras aos idosos, como a perda da capacidade funcional e a depressão, assim o incentivo a políticas públicas com o enfoque na redução desse evento.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar a presença do medo de quedas em um grupo de idosos atendidos em um Centro de Saúde Escola.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, sendo realizado em um Centro de Saúde Escola vinculado a uma universidade pública do Estado de São Paulo (Faculdade de Saúde Pública, 2017).

A população foi composta pelos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola e optou-se por uma amostra por conveniência com 100 idosos de ambos os sexos e que não apresentavam algum déficit cognitivo e/ou demência.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e de condições de saúde para analisar o perfil do idoso abordando as variáveis: sexo, idade, cor/raça, problemas de saúde, condição marital, religião, anos de estudo, escolaridade, trabalho remunerado ocupação, presença de comorbidades, tratamento, presença de dor, autoavaliação de saúde, condição e tipo de moradia, tempo em que reside no mesmo local, número de pessoas com quem reside, número de cômodos, serviços que atendem a moradia e renda familiar total.

Para verificar o medo de quedas nos idosos, foi utilizado o Falls Efficacy Scale International (FES-I). O instrumento foi desenvolvido em 1990 por Tinetti, Richman e Powell, e adaptado para o português por Camargos et al. em 2010. Essa escala apresenta questões sobre receios de uma eventual possibilidade de queda ao realizar 16 atividades (limpar a casa, vestir-se ou despir-se, preparar refeições diárias, tomar banho, ir às compras, sentar-se ou levantar-se da cadeira, subir ou descer escadas, andar pela vizinhança, alcançar algum objeto acima da sua cabeça ou no chão, atender o telefone antes que pare de tocar, andar em superfícies escorregadias, visitar um amigo ou parente, andar em um local onde haja multidão, andar em superfícies irregulares, subir ou descer uma rampa e sair para eventos sociais), com escores que variam de um a quatro. O menor valor do escore é 16, que exprime ausência de preocupação e o maior é 64, que enuncia preocupação extrema. Uma pontuação ≥ 23 pontos na FES-I Brasil sugere associação com histórico de queda esporádica, e uma pontuação ≥ 31 pontos com queda recorrente (Camargos et al., 2010; Tinetti, Richman e Powell, 1990).

A coleta de dados foi iniciada em março de 2017 e finalizada no 2º semestre do mesmo ano. As entrevistas foram realizadas por duas alunas de Graduação da Escola de

Enfermagem da USP e bolsistas de Iniciação Científica. Os idosos foram abordados antes ou após consultas médicas e de enfermagem do Centro de Saúde Escola.

As entrevistas ocorreram em um espaço reservado do centro de saúde, para não comprometer o acesso às dependências da Unidade, no atendimento dos demais usuários e para garantir a privacidade do idoso.

Para a coleta de dados, foi utilizado o software REDCap, que permitiu o gerenciamento dos dados da pesquisa, pois garantiu o controle dos dados gerados, armazenamento e exportação segura do banco de dados. Além disso, seu uso otimizou a realização do estudo, pois não houve necessidade de impressão dos questionários e a dupla digitação do banco de dados, pois os dados foram enviados ao servidor para análise (Harris et al., 2009).

A análise dos dados foi feita de forma descritiva e analítica, utilizando-se o software SPSS 20.0. Para as variáveis quantitativas, foram feitos cálculos de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Já para as variáveis qualitativas, foi calculada a frequência relativa e absoluta. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi realizado e verificou-se que a variável dependente não possuía distribuição normal. Assim, foi empregado o teste U de Mann-Whitney para as variáveis independentes com duas categorias, o teste de Kruskall-Wallis para variáveis com três ou mais categorias e o coeficiente de correlação de Spearman para variáveis independentes quantitativas. Foi considerado resultado estatisticamente significativo, quando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e foi obtida a autorização da gerência do CS Escola (Parecer nº 1.969.840). Todos os procedimentos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12.

4. RESULTADOS

4.1 Condições sociodemográficas dos idosos

A maior parte dos idosos atendidos pelo CS Escola era do sexo feminino (74%), com idade que variava de 61 a 99 anos, média de 78 anos ($dp=9,4$) e mediana de 78 anos. A maioria declarou cor/raça branca (75%), era casada (41%), proferiu religião católica (59%) e possuía fundamental incompleto (27%). O total de anos de estudos variou de um a 30 anos,

com média de 9,5 anos de estudo ($dp= 5,1$) e mediana de 10 anos. Os idosos que não realizavam trabalho remunerado e que tinham fonte de renda proveniente apenas da aposentadoria representava 52% dos entrevistados. Os resultados das distribuições estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo características sociodemográficas. Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Variável | N | % |
|-------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Masculino | 26 | 26 |
| Feminino | 74 | 74 |
| Cor/ Raça | | |
| Branco | 75 | 75 |
| Preto | 8 | 8 |
| Pardo | 15 | 15 |
| Outro | 2 | 2 |
| Condição Marital | | |
| Casado | 41 | 41 |
| Solteiro | 12 | 12 |
| Viúvo | 39 | 39 |
| Separado/ Divorciado | 8 | 8 |
| Religião | | |
| Católico | 59 | 59 |
| Evangélico | 23 | 23 |
| Espírita | 9 | 9 |
| Não tem | 5 | 5 |
| Outra | 4 | 4 |
| Escolaridade | | |

| | | |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Analfabeto | 1 | 1 |
| Fundamental Incompleto | 27 | 27 |
| Fundamental Completo | 13 | 13 |
| Médio Incompleto | 12 | 12 |
| Médio Completo | 21 | 21 |
| Curso Técnico | 5 | 5 |
| Superior Incompleto | 3 | 3 |
| Superior Completo | 18 | 18 |
| Exerce trabalho remunerado | | |
| Sim | 27 | 27 |
| Não, desempregado | 1 | 1 |
| Não, aposentado | 52 | 52 |
| Não, pensionista da previdência | 5 | 5 |
| Não, dona de casa | 15 | 15 |
| Total | 100 | 100 |

O total de pessoas que compartilhavam o mesmo domicílio do idoso variou de um a cinco pessoas, com uma média de 2,1 integrantes ($dp=1,06$) e mediana de dois indivíduos. A renda média familiar variou de R\$ 785,00 a R\$12.000,00, com uma média de R\$2.866,60 ($dp= 2318,3$), o que equivale a três salários mínimos (o valor vigente do salário mínimo no período da coleta de dados era de R\$ 937,00), e mediana de R\$2.327,00. A renda *per capita* variou de R\$160,00 a R\$7.000,00, com uma média de R\$1.495,62 ($dp=1.122,77$) e mediana de R\$1.155,20. Destaca-se que quatro idosos não souberam informar a renda familiar e vinte e seis recusaram-se a responder a questão.

4.2 Condições de moradia dos idosos

O número de cômodos no domicílio variou de 2 a 6 cômodos, com média de 5,17 ($dp=1,03$) e mediana de 6 cômodos. O tempo de residência no domicílio foi de 3 a 864 meses, com média de 277,41 meses($dp=214,22$) e mediana de 240 meses.

A maioria dos idosos morava em apartamento (59%), próprio e quitado (97%), revestido com alvenaria (99%) e 95% referiu que o trecho da rua em que a residência está localizada é asfaltada ou pavimentada (Tabela 2). Todos os idosos entrevistados referiram acesso à rede pública de energia elétrica, esgoto encanado, coleta de lixo, telefone fixo e acesso à guias e sarjetas em frente ao domicílio.

Tabela 2. Distribuição de idosos segundo condições de moradia. Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Variável | N | % |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Tipo de moradia | | |
| Apartamento | 59 | 59 |
| Casa | 36 | 36 |
| Outro | 5 | 5 |
| Condição legal do domicílio | | |
| Própria e quitada | 97 | 97 |
| Alugada | 3 | 3 |
| Material predominante na construção das paredes externas do domicílio | | |
| Alvenaria com revestimento | 99 | 99 |
| Alvenaria sem revestimento | 1 | 1 |
| Considerando o trecho da rua de seu domicílio, você diria que a rua é: | | |
| Asfaltada/pavimentada | 95 | 95 |
| Terra/cascalho | 5 | 5 |
| Total | 100 | 100 |

O número de automóveis de uso particular variou de nenhum a oito automóveis, com média de 1,07 ($dp=1,7$). O número de empregadas foi de nenhum a 3 empregadas domésticas, com média de 0,12 ($dp=0,59$). A quantidade de máquinas de lavar roupa variou nenhuma a 6

máquinas de lavar roupa, com média de 1,74 ($dp=0,88$) e mediana de 2 máquinas. A quantidade de banheiros variou de 3 a 14 banheiros, com média de 5,37 ($dp=2,91$) e mediana de 3 banheiros no domicílio. A quantidade de aparelho de DVD variou de nenhum a 4 aparelhos, com média de 0,57($dp=0,82$).O número de geladeiras foi de zero a 5 geladeiras, com média de 2,04 ($dp=0,4$) e mediana 2. O número de freezers foi de nenhum a 6 freezers, com média de 0,94 ($dp=1,22$). O número de aparelhos tecnológicos variou de nenhum a 11, com média de 1,98($dp=2,32$) e mediana de 3 aparelhos. A quantidade de lavadora de louças variou de nenhuma a 3 lavadoras de louça, com média de 0,33($dp=0,94$). A quantidade de microondas foi de nenhum a 2 microondas, com média de 1,52($dp=0,86$) e mediana 2. O número de motocicletas foi de zero a 1 motocicleta, com média de 0,03($dp=0,17$). A quantidade de secadora de roupas variou de zero a 2 secadoras de roupas, com média de 0,62($dp=0,93$).

4.3 Condição de saúde dos idosos

Em relação às condições de saúde, 97% relatou algum problema de saúde, sendo que predominante a Hipertensão Arterial Sistêmica (57%), doenças ósseas e reumatologias (33%) e Diabetes mellitus (24%). Daqueles que referiram pelo menos um problema de saúde, 99% referiu realizar algum tipo de tratamento.

A maioria referiu dor em alguma parte do corpo (65%), e dentre esses, 40% indivíduos relatou dor moderada, sendo que os locais do corpo mais referidos foram membros inferiores (48%) e articulações (36%). Quanto à autoavaliação da saúde, 57% avaliou a própria saúde como boa (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de idosos segundo condições de saúde. Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Variável | N | % |
|---------------------------------------------------|----|----|
| Problema de saúde diagnosticado por médico | | |
| Não | 3 | 3 |
| Sim | 97 | 97 |
| Tratamento de saúde | | |
| Não | 1 | 1 |

| | | |
|-------------------------------------|----|----|
| Sim | 99 | 99 |
| Uso de medicamento(s) | | |
| Não | 13 | 13 |
| Sim | 87 | 87 |
| Dor em alguma parte do corpo | | |
| Não | 35 | 35 |
| Sim | 65 | 65 |
| Local da dor | | |
| Membros superiores | | |
| Não | 73 | 73 |
| Sim | 27 | 27 |
| Membros inferiores | | |
| Não | 52 | 52 |
| Sim | 48 | 48 |
| Articulações | | |
| Não | 64 | 64 |
| Sim | 36 | 36 |
| Coluna | | |
| Não | 87 | 87 |
| Sim | 13 | 13 |
| Corpo inteiro | | |
| Não | 86 | 86 |
| Sim | 14 | 14 |
| Intensidade da dor | | |
| Fraca | 4 | 4 |
| Moderada | 40 | 40 |
| Intensa | 19 | 19 |

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Insuportável | 2 | 2 |
| Auto-avaliação da saúde | | |
| Muito ruim | 2 | 2 |
| Ruim | 3 | 3 |
| Regular | 22 | 22 |
| Boa | 57 | 57 |
| Muito boa | 16 | 16 |

4.4 Avaliação do Medo de Quedas em Idosos

Em relação ao medo de quedas, avaliado através da Escala FES-I (*Falls Efficacy Scale International*), o escore variou de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema), com média total de 27,76 (dp=10,7) e mediana de 26 pontos.

Conforme observado na Tabela 4, as atividades mais frequentes de preocupação extrema foram: andar sobre superfícies escorregadias (21%), subir ou descer escadas (16%), tomar banho (15%) e caminhar sobre superfícies irregulares (15%).

Tabela 4. Distribuição dos idosos, segundo preocupação à queda. Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Questão | N | % |
|---------------------------------------------------------------------|----|----|
| Limpando a casa (ex. passar pano, aspirar ou tirar a poeira) | | |
| Nem um pouco preocupado | 52 | 52 |
| Um pouco preocupado | 27 | 27 |
| Muito preocupado | 17 | 17 |
| Extremamente preocupado | 4 | 4 |
| Vestindo ou tirando a roupa | | |
| Nem um pouco preocupado | 68 | 68 |
| Um pouco preocupado | 19 | 19 |
| Muito preocupado | 9 | 9 |

| | | |
|----------------------------------------------|----|-------|
| Extremamente preocupado | 4 | 4 |
| Preparando refeições simples | | |
| Nem um pouco preocupado | 84 | 84 |
| Um pouco preocupado | 9 | 9 |
| Muito preocupado | 4 | 4 |
| Extremamente preocupado | 3 | 3 |
| Tomando banho | | |
| Nem um pouco preocupado | 44 | 44 |
| Um pouco preocupado | 26 | 26 |
| Muito preocupado | 15 | 15 |
| Extremamente preocupado | 15 | 15 |
| Indo às compras | | |
| Nem um pouco preocupado | 67 | 67 |
| Um pouco preocupado | 20 | 20 |
| Muito preocupado | 8 | 8 |
| Extremamente preocupado | 5 | 5 |
| Sentando ou levantando de uma cadeira | | |
| Nem um pouco preocupado | 63 | 63,00 |
| Um pouco preocupado | 27 | 27 |
| Muito preocupado | 6 | 6 |
| Extremamente preocupado | 4 | 4 |
| Subindo ou descendo escadas | | |
| Nem um pouco preocupado | 32 | 32 |
| Um pouco preocupado | 30 | 30 |
| Muito preocupado | 22 | 22 |
| Extremamente preocupado | 16 | 16 |
| Caminhando pela vizinhança | | |

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Nem um pouco preocupado | 66 | 66 |
| Um pouco preocupado | 18 | 18 |
| Muito preocupado | 11 | 11 |
| Extremamente preocupado | 5 | 5 |

Pegando algo em cima de sua cabeça ou no chão

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Nem um pouco preocupado | 48 | 48 |
| Um pouco preocupado | 33 | 33 |
| Muito preocupado | 13 | 13 |
| Extremamente preocupado | 6 | 6 |

Indo atender o telefone antes que pare de tocar

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Nem um pouco preocupado | 79 | 79 |
| Um pouco preocupado | 14 | 14 |
| Muito preocupado | 6 | 6 |
| Extremamente preocupado | 1 | 1 |

Andando sobre superfícies escorregadias (ex.: chão molhado)

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Nem um pouco preocupado | 15 | 15 |
| Um pouco preocupado | 36 | 36 |
| Muito preocupado | 28 | 28 |
| Extremamente preocupado | 21 | 21 |

Visitando um amigo ou parente

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Nem um pouco preocupado | 81 | 81 |
| Um pouco preocupado | 12 | 12 |
| Muito preocupado | 5 | 5 |
| Extremamente preocupado | 2 | 2 |

Andando em lugares cheios de gente

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Nem um pouco preocupado | 52 | 52 |
| Um pouco preocupado | 28 | 28 |
| Muito preocupado | 14 | 14 |
| Extremamente preocupado | 6 | 6 |
| Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacadas) | | |
| Nem um pouco preocupado | 19 | 19 |
| Um pouco preocupado | 32 | 32 |
| Muito preocupado | 34 | 34 |
| Extremamente preocupado | 15 | 15 |
| Subindo ou descendo uma ladeira | | |
| Nem um pouco preocupado | 35 | 35 |
| Um pouco preocupado | 27 | 27 |
| Muito preocupado | 26 | 26 |
| Extremamente preocupado | 12 | 12 |
| Indo a uma atividade social (ex. ato religioso, reunião de família ou encontro no clube) | | |
| Nem um pouco preocupado | 84 | 84 |
| Um pouco preocupado | 9 | 9 |
| Muito preocupado | 5 | 5 |
| Extremamente preocupado | 2 | 2 |
| Total | 100 | 100 |

4.5 Associação entre o medo de quedas e perfil dos idosos

Na análise de associação entre medo de quedas e o perfil e condições de saúde dos idosos, verificou-se que apenas a variável cor/raça apresentou diferença significativa entre os grupos ($p=0,046$), conforme Tabela 5.

Tabela 5. Comparação entre o escore médio de medo de quedas e cor/raça dos idosos.
Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Variável | Média | dp | Valor p |
|-----------------|--------------|-------------|---------|
| Cor/raça | 0,046 | | |
| Branco | 28,5 | 11,1 | |
| Preto | 21,7 | 5,6 | |
| Outros | 31,0 | 12,1 | |

Em relação às variáveis quantitativas, verificou-se que idade, número de cômodos no domicílio e renda familiar apresentaram correlação estatisticamente significativa com o escore de medo de quedas. A variável idade apresentou coeficiente de correlação positivo, de 0,480 ($p<0,01$); já o número de cômodos no domicílio e renda média familiar apresentaram coeficiente de correlação negativo, de -0,247 ($p=0,013$) e -0,285 ($p=0,019$), respectivamente.

Tabela 6. Análise de correlação entre o escore de medo de quedas e as variáveis idade, nº cômodo por domicílio e renda média familiar. Centro de Saúde Escola. São Paulo, SP, 2017.

| Variável | Escore de Medo de Quedas | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| | r | Valor p |
| Idade | 0,480* | <0,001 |
| Nº Cômodo no domicílio | -0,247** | 0,013 |
| Renda média familiar | -0,285** | 0,019 |

5. Discussão

Neste estudo, verificou-se que os idosos eram predominantemente do sexo feminino, com idade média de 78 anos, referiam ser da religião católica, cor/raça branca, casada, baixo

nível educacional/ensino fundamental incompleto e com renda familiar média de aproximadamente três salários mínimos.

Em um estudo realizado com 95 idosos na cidade de Marília (São Paulo), os autores observaram que 65,2% dos idosos que participaram da pesquisa eram do sexo feminino, 72,6% era católica, 81% com ensino fundamental incompleto e tinha uma renda familiar média de dois a três salários mínimos. Outro estudo realizado em serviços de Atenção Primária em Saúde de Londres, Nottingham e Derby - (Reino Unido) com 1.088 idosos, verificou que 62,9% era do sexo feminino, 87,4% era da cor/raça branca, com idade média de 72,9 anos e 31% recebiam até £12,000 anualmente na renda média familiar (Silva et al, 2015; Kumar et al, 2014).

Outro estudo realizado pela Escola de Enfermagem da Universidade de Pensilvânia com os membros do PACE(Program for All-Inclusive Care for the Elderly), registrou idade média de 77 anos, com maior prevalência do sexo feminino(76,64%)(Greenberg et al., 2016).

O medo de quedas é multifatorial e multidimensional, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo(Lavedán et al, 2018). Neste estudo, o escore de medo de quedas variou de 16 (ausência de preocupação à queda) a 64 pontos (extrema preocupação à queda), com um escore médio de 27,7 pontos ($dp=10,7$). Os idosos mostraram preocupação especial em relação à andar sobre superfícies escorregadias, subir ou descer escadas e ao tomar banho. O medo de quedas ao realizar tais atividades se justifica ao se observar o alto número de acidentes de ocorrem nesses momentos, no quais muitos idosos acabam se desequilibrando e sofrendo uma queda, podendo levar a internações e até mesmo ao óbito, a depender da gravidade da queda.

Segundo Hoang et al(2017), foi observado resultado semelhante em relação à andar sobre superfícies escorregadias nos idosos entrevistados. As outras variáveis com maior prevalência em relação ao medo de quedas foram diferentes das obtidas no presente estudo, as quais referiam-se à caminhar sobre superfície irregular, subir ou descer uma ladeira e pegar algo em cima da cabeça ou no chão.

Quando o escore foi associado à variável sociodemográfica de idade , obteve-se uma correlação positiva ($r=0,480$). Além disso, as variáveis de nº de cômodos no domicílio e

renda média familiar e cor/raça apresentaram correlação estatisticamente significativa com o escore ($p<0,05$) e o coeficiente de correlação negativa para ambas($r=-0,247$ e $-0,285$).

Um estudo realizado com 153 idosos de Danang (Vietnã), apresentou resultado semelhante, no qual os idosos apresentaram e resultado estatisticamente significativo ($p<0,01$) com relação a idade(Hoang et al, 2017).

Em relação à idade média dos idosos entrevistados, a presente pesquisa obteve um número incomum de 78 anos, se comparado aos outros estudos, os quais apresentaram idade média de 72 anos(Kumar et al, 2014; Hoang et al, 2017).

Segundo o estudo realizado de atenção primária em Londres, Nottingham e Derby, as variáveis de cor/raça, idade e a renda familiar anual apresentaram resultado estatisticamente significativo também ($p<0,001$) com relação ao medo de quedas, ou seja, o nível de preocupação em cair aumenta conforme a idade, o baixo nível social e nos grupos identificados como não-brancos/minoria($p<0,01$)(A Kumar et al, 2014).

Os estudos que relacionam o medo de quedas, avaliado através do *FES-I*, e as condições sociodemográficas dos idosos, ainda são escassos no Brasil. A maioria avalia o medo de quedas com variáveis qualitativas, ou seja, perguntas gerais, tais como “Você tem medo de cair?”, não havendo um estudo que aborde e quantifique o medo de cair em relação às atividades diárias e sociais. Considera-se assim, a importância de mais estudos nesta área para que a população idosa seja assistida de forma singular.

6. Conclusão

No presente estudo, identificou-se que a maior parte dos pacientes atendidos pelo CS Escola era do sexo feminino e possuía idade média de 78 anos, era branca, casada, católica e possuía ensino fundamental incompleto. Ressalta-se que a amostra deste estudo apresentou um perfil incomum ao observado em outras pesquisas, com a participação de idosos com a idade média de 78 anos.

O presente estudo atingiu seu objetivo, com a identificação da presença do medo de quedas e a respectiva associação com o perfil dos idosos entrevistados, obtendo resultados estatisticamente significativos na análise da relação do medo de quedas e variáveis relacionadas ao perfil dos entrevistados. Dentre as limitações do estudos, destaca-se a

amostra por conveniência. Entretanto, considera-se que o estudo mostrou resultados significativos para atenção à saúde do idoso.

Acredita-se que este estudo contribui para o planejamento de estratégias de intervenção e prevenção em saúde em relação às quedas e medo de quedas, auxiliando serviços de saúde, principalmente aqueles de atenção primária, e a equipe de enfermagem às novas demandas do envelhecimento, e assim, conseguir oferecer uma assistência singular e de qualidade e baseada em evidências no cuidado à população idosa.

7. REFERÊNCIAS

1. Bailly S, Haesebaert J, Decullier E, Dargent-Molina P, Annweiler C, Beauchet O, Schott AM, Rabilloud M. Mortality and profiles of community-dwelling fallers. Results from the EPIDOS cohort. *Maturitas*. 2014;79(3):334–339.
2. Camargos FFO, DiasRC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I- BRASIL). *Rev Bras Fisioterapia*. 2010;14(3):237-43.
3. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, da Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(2): 1763-1768.
4. Dierking L, Markides K, Al Snih S, Peek MK. Fear of falling in older mexican americans: A longitudinal study of incidence and predictive factors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(12): 2560-2565.
5. Faculdade de Saúde Pública.Serviços: Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza [Internet]. São Paulo, 2017 [citado maio 28 2017]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/135>.
6. 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): 201-209. [Internet] Mar [cited 2017 May 11] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100201&lng=en . <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100019>.
7. Greenberg SA, Sullivan-Marx E, Sommers MS, Chittams J, Cacchione PZ. Measuring fear of falling among high-risk, urban, community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*. 2016; 37(6): 489-495.
8. Harding S, Gardner A. Fear of falling. *Australian journal of advanced nursing*. 2009;27(1): 94-100.
9. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377-81.
10. Hoang OT, Jullamate P, Piphatvanitcha N, Rosenberg E. Factors related to fear of falling among community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26(1-2): 68-76. Jan [cited 2018 Aug 10] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27723217> <https://doi.org/10.1111/jocn.13337>
11. Kumar A, Carpenter H, Morris R, Iliffe S, Kendrick D. Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? *Age and Ageing*. 2014; 36(1): 76–84.

- Jan[cited 2018 Aug 10] Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100619>
<https://doi.org/10.1093/ageing/aft154>
- 12. Lach HW, Parsons JL. Impact of fear of falling in long term care: an integrative review. *J AM Med Dir Assoc.* 2013; 14 (8): 573-7.
 - 13. Lavedán A, Viladrosa M, Jürschik P, Botigué T, Nuín C, Masot O, Lavedán R. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS ONE.* 2018; 13(3): e0194967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>
 - 14. Louvison M.C.P., Rosa T.E. da C. Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo. Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas. SES/SP, 2010.
 - 15. Ministério da Saúde. DATASUS 2015. Mortalidade-Brasil: Óbitos por residência segundo faixa etária. [Internet] Acesso em: 01 de jun. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
 - 16. Nascimento CF, Duarte YAO, Lebrão ML, Filho ADPC. Individual and contextual characteristics of indoor and outdoor falls in older residents of São Paulo, Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2016; Volume 68 , 119 - 125. [cited 2017 May 11]. Available from:[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(16\)30184-4/fulltext](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(16)30184-4/fulltext).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.004>
 - 17. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores:una visión compartida. 2^aed. OPS, 2011.
 - 18. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(3): 535-546. Mar [cited 2017 May 10] Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>.
 - 19. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25: e2754. [Acess Jun 07 2017]; Available in:
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/130763/127143>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.
 - 20. Rockett IRH et al. “Leading Causes of Unintentional and Intentional Injury Mortality: United States, 2000–2009”, *American Journal of Public Health* 102, no. 11 (November 1, 2012): pp. e84-e92. Web. 10 May 2017. Disponível em:<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.300960>
 - 21. Silva SPZ, Marin MJS, Rodrigues MR. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(3): 42-48. Sep [cited 2018 Aug 10] Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300042&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50263>.
 - 22. Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E., Perracini MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014; 17(1): 49-60. Mar [cited 2017 May 11] ; 17(1): 49-60. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100049&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100006>.
 - 23. Tinetti, Mary E., and Chandrika Kumar. The Patient Who Falls: ‘It’s Always a Trade-Off’. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 303.3 (2010): 258–266. PMC. Web. 10 May 2017. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740370/#R17>
<http://doi.org/10.1001/jama.2009.2024>
 - 24. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure off ear of falling. *Journal of Gerontology.* 1990;45(6):239-43.

25. Vitorino LM, Teixeira CAB, Boas ELV, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. Rev. esc. enferm. USP. 2017 ;51:e03215. [Internet] [cited 2017 June 08]
26. World Health Organization (WHO).2016. Media centre: Falls. [Internet] Acesso em: 10 mai 2017. Disponível em:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>