

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese de Doutorado

Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em zona rural.

Fernanda dos Santos

Pelotas, 2017

Fernanda dos Santos

Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em zona rural.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Celmira Lange

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237p Santos, Fernanda dos

Prevalência de quedas e fatores associados na
população idosa residente em zona rural / Fernanda dos
Santos ; Celmira Lange, orientadora. — Pelotas, 2017.
228 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2017.

1. Idoso. 2. Acidentes por quedas. 3. População rural. I.
Lange, Celmira, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Fernanda dos Santos

Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em zona rural.

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 10/11/2017.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange - UFPel

Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil, 2005.

Prof^a. Dr^a. Carla Alberici Pastore - UFPel

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, Brasil, 2013.

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes - UFPel

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil, 2015.

Prof^a. Dr^a. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin - UFRGS

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil, 2006.

Prof^a. Dr^a. Patrícia Mirapalheta Pereira De LLano – Montreal, Canadá

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil, 2015.

Prof^a. Dr^a. Arlete Eli Kunz da Costa - UNIVATES

Doutora em Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, Brasil, 2016.

Prof. Dr. Marcos Aurélio Matos Lemões - UFPel

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil, 2016.

Prof. Dr. José Luiz Pozzo Raymundo - UFPel

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo, Brasil, 2007.

Dedicatória

*À minha mãe Selmira (in memoriam)
que me deu a vida e à minha mãe
Celmira que a vida me deu. Obrigada*

Resumo

SANTOS, Fernanda dos. **Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em zona rural**. 2017. 225p. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Objetivo: identificar a prevalência de quedas e seus fatores associados entre idosos residentes na zona rural. **Metodologia:** estudo transversal com idosos residentes na zona rural do município de Pelotas. Este estudo faz parte de um projeto intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”. A amostra foi composta de 820 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde com a modalidade de Estratégia Saúde da Família, no período de julho a outubro de 2014. Para avaliar as quedas utilizou-se um questionário com questões fechadas e semiestruturadas e os programas Epi Info 6.05d e STATA® 11.1 para as análises. A existência de associação entre o relato de quedas em 12 meses e seus fatores associados foi verificada por análise bivariada (Teste de Qui-Quadrado e Exato de Fischer, conforme a indicação), e multivariada, empregando-se a Regressão Logística. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/12) sob o número 649.802. Resultados: a maioria dos idosos que sofreram queda não foi atendida por profissionais de saúde (69,8%), não relatou trauma físico (52,1%) e não teve fratura (86,4%). A metade da amostra referiu medo de voltar a cair (50,0%). Teve predominância do sexo feminino (56,1%), cor da pele branca (90,2%) e faixa etária 60-69 anos (54,9%). As variáveis independentes sexo feminino (RP: 1,401; p valor 0,016), ter HAS (RP: 1,184; valor p 0,023) e ter DM (RP: 1,576; p valor 0,011) mantiveram associação com o desfecho na Regressão Logística. A prevalência de quedas foi de 27,9%. Conclusão: acerca dos resultados cabe aos profissionais da saúde um olhar mais atento sobre os idosos que apresentam essas doenças crônicas, especialmente no âmbito de ESF, que tem um acesso mais pleno às condições de vida de cada paciente de sua área e trabalha de forma longitudinal com eles.

Palavras-chave: Idoso; População rural; Acidentes por queda; Saúde da População Rural.

Abstract

SANTOS, Fernanda dos. **Prevalence of falls and associated factors in the elderly population living in rural areas.** 2017. 225p. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Objective: to identify the prevalence of falls and their associated factors among elderly people living in rural areas. **Methodology:** cross-sectional study with elderly residents in the rural area of the city of Pelotas. This study is part of a project titled "Prevalence and factors associated with Fragility Syndrome in the elderly population". The sample consisted of 820 elderly people enrolled in the Basic Health Units with the Family Health Strategy modality, from July to October 2014. To evaluate the falls, a questionnaire was used with closed and semi-structured questions and the Epi Info programs 6.05 from STATA® 11.1 for analysis. The existence of an association between the reporting of falls in 12 months and their associated factors was verified by bivariate analysis (Chi-Square and Exact Fischer Test, as indicated), and multivariate analysis using Logistic Regression. The project was approved by the Research Ethics Committee (466/12) under number 649.802. **Results:** the majority of the elderly who suffered falls were not attended by health professionals (69.8%), did not report physical trauma (52.1%) and did not have a fracture (86.4%). Half of the sample reported fear of falling again (50.0%). The predominance was female (56.1%), white skin color (90.2%) and age group 60-69 years (54.9%). The independent variables female gender (RP: 1.401, p value 0.016), had SA (RP: 1.184, p value 0.023) and had DM (RP: 1.576; p value 0.011) maintained association with the outcome in Logistic Regression. The prevalence of falls was 27.9%. **Conclusion:** about the results, it is incumbent upon health professionals to take a closer look at the elderly who present these chronic diseases, especially in the scope of FHT, which has a fuller access to the living conditions of each patient in their area and works longitudinally with them.

Keywords: Aged; Rural population; Accidental Falls; Health of the Rural Population.

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma representando o Modelo Teórico de investigação das variáveis independentes sobre acidentes por quedas em blocos hierarquizados.....	41
Figura 2	Mapa do município de Pelotas/RS com a localização das UBS/ESF, em que foram coletados os dados. Fonte: Google <i>maps</i> adaptado..	43
Figura 3	Quadro com as variáveis independentes da pesquisa.....	45
Figura 4	Quadro com o número de idosos da zona rural selecionados de acordo com cada ESF, Pelotas/RS.....	53
Figura 5	Quadro do cálculo de tamanho da amostra para estudo de associação entre acidentes por quedas e diferentes exposições.....	54
Figura 6	Quadro com as etapas da pesquisa com idosos rurais, Pelotas/RS, 2014.....	64
Figura 7	Quadro com os materiais necessários e orçamento para confecção da pesquisa.....	65
Figura 8	Mapa do município de Pelotas/RS com a localização das UBS/ESF, em que foram coletados os dados. Fonte: Google <i>Maps</i> adaptado (2014).....	80
Figura 9	Foto da Unidade de Saúde Colônia Maciel, município de Pelotas/RS, 2014.....	81
Figura 10	Foto da Unidade de Saúde Cordeiro de Farias, município de Pelotas/RS, 2014.....	82
Figura 11	Foto da zona rural do município de Pelotas/RS, 2014.....	83
Figura 12	Foto de alguns membros da equipe de coletadores e pós-graduandas da pesquisa com idosos da zona rural do município de Pelotas/RS, 2014.....	84

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários da Saúde
CID 10	Código Internacional das Doenças 2010
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
EDG	Escala de Depressão Geriátrica 15
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
STR	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
SDE	Sonolência Diurna Excessiva
SIM	Sistema de Mortalidade Infantil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	09
Projeto de tese	10
Relatório de campo	77
Artigos de sustentação	88

Apresentação

Este volume apresenta a etapa final para a defesa do Título de Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Estudo transversal de uma amostra representativa da população idosa que reside na zona rural do município de Pelotas-RS-Brasil, no período de julho a outubro de 2014, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com protocolo número 649.802/2014. Pesquisa desenvolvida na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde seguindo a linha de pesquisa Epidemiologia, Práticas e Cuidado na Saúde e Enfermagem. O doutoramento iniciou-se no ano de 2014, e, conforme regimento do programa da universidade, este volume expõe as seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: qualificado no mês de abril de 2017.

II Relatório do Trabalho de Campo: compreende a logística da pesquisa.

III Artigos de Sustentação da Tese:

1. Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em zona rural. (Revista Brasileira de Enfermagem)
2. Proposta de Algoritmo na prevenção de acidentes por quedas em idosos rurais. (Revista Gaúcha de Enfermagem)

I - Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Tese

**Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente em
zona rural.**

Fernanda dos Santos

Pelotas, 2017

Fernanda dos Santos

Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa residente na zona rural

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Celmira Lange

Pelotas, 2017

Banca examinadora: Qualificação em 28 de abril de 2017.

Membros efetivos

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange - UFPel
Prof^a. Dr^a. Patrícia Mirapalhetta Pereira de Llano - UFPel
Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes - UFPel
Prof^a. Dr^a. Carla Pastore - UFPel
Prof^a. Dr^a. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin - UFRGS

Membros suplentes

Prof. Dr. José Luiz Pozzo Raymundo - UFPel
Prof^a. Dr^a. Alitéia Santiago Dilélio - UFPel
Prof^a. Dr^a. Arlete Eli Kunz da Costa – UNIVATES

Sumário

1 Introdução	17
2 Justificativa.....	22
3 Objetivos	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 Hipóteses	26
5 Revisão de literatura	27
5.1 Acidentes por quedas na população idosa e fatores associados	28
5.2 População rural	38
6 Marco Teórico Conceitual.....	43
7 Metodologia	44
7.1 Delineamento da pesquisa	44
7.2 Local da pesquisa	45
7.3 População do estudo	46
7.4 Critérios do estudo.....	46
7.4.1 Critérios de inclusão	46
7.4.2 Critérios de exclusão	47
7.5 Variáveis.....	47
7.5.1 Variável dependente.....	47
7.5.2 Variáveis independentes	47
7.6 Cálculo do tamanho da amostra	55
7.7 Aspectos éticos	57
7.8 Logística.....	59
7.9 Instrumento de coleta de dados.....	60
7.10 Controle de qualidade.....	65
7.11 Construção do banco de dados	65
7.12 Análise dos resultados	65
7.13 Divulgação dos resultados	66

8 Cronograma	67
9 Recursos envolvidos	68
9.1 Recursos humanos	68
9.2 Recursos materiais	68
10 Publicações	70
10.1 Publicação 1	70
10.2 Publicação 2	70
10.3 Publicação 3 – Acidentes por quedas e seus fatores associados.....	70
10.4 Publicação 4 – Proposta de Algoritmo de prevenção de acidentes por quedas na população idosa rural.	70
10.5 Publicação 5 – Presença de Sonolência Diurna Excessiva em idosos que sofreram quedas na zona rural.	70
10.6 Publicação 6 – Atividades básicas da vida diária e os acidentes por quedas na população idosa rural.	71
10.7 Publicação 7 – Associação entre sintomatologia depressiva por meio da Escala GDS-15 e acidentes por quedas.	71
Referências	72
Apêndices	127
Apêndice A - Quadro de artigos.....	128
Apêndice B - Carta de Autorização da Superintendência de Ações em Saúde	156
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
Apêndice D - Autorização para utilização dos dados da pesquisa principal ...	159
Apêndice E - Questionário da pesquisa.....	160
Apêndice F - Manual do questionário da pesquisa	175
Anexos	224
Anexo A - Autorização do Comitê de Ética	225

1 Introdução

A independência funcional e a autonomia são atributos que todo ser humano almeja ao longo da vida, e na velhice não é diferente. No entanto, com o envelhecimento, o corpo humano entra em um processo de declínio fisiológico, o qual vai culminar com diminuição da densidade óssea e da massa muscular, instabilidade postural, comprometimento da capacidade visual e auditiva, bem como maior consumo de medicamentos. Essas alterações, isoladas ou aliadas a riscos ambientais, podem predispor à queda, um evento sentinela na vida do idoso, atuando na redução da capacidade funcional (ALBUQUERQUE, 2014).

A queda, evento não intencional, que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo (GASPAROTTO, FALSARELLA e COIMBRA, 2014), é comum em qualquer idade, porém, para a pessoa idosa, apresenta uma repercussão maior em decorrência de suas inúmeras consequências. Estas, que vão desde traumas leves, como o medo de cair, até fraturas graves e óbito prematuro (FHON et al., 2012) e apresentam expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais.

As quedas de idoso são consideradas uma das síndromes geriátricas mais incapacitantes e preocupantes, pois um único evento pode ter repercussões nos âmbitos social, econômico e de saúde (CAVALCANTE, AGUIAR, GURGEL, 2012). A padronização de um conceito único de queda entre os idosos, família e profissionais de saúde é de extrema importância, visto que é a partir deste que as medidas de prevenção deverão ser implantadas. Neste sentido, para facilitar a comunicação entre profissionais da saúde e órgãos interessados, atribuindo a cada estado de saúde uma categoria única, cada qual correspondendo a uma sequência de códigos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1998, criou o Código Internacional das Doenças 10 (CID-10). Por sua vez, a queda está incluída no CID W00-W19, que inclui um amplo leque, abrangendo, inclusive, as que ocorrem no

mesmo nível, de nível mais alto e outras não especificadas, como tropeços, escorregões e queda do leito. As quedas que acontecem em razão da idade avançada estão codificadas com o CID R29.6 (OMS, 1998).

Acidentes por quedas podem trazer consequências físicas e/ou psicológicas, entre as quais se destacaram medo de cair novamente (67,5%), dificuldade para caminhar (41,3%) e ansiedade (25,0%) (FHON et al., 2012). Como trauma mais grave das quedas tem-se a fratura de fêmur, evento incapacitante que pode levar o idoso ao óbito em menos de um ano. Uma pesquisa realizada com idosos, 60 anos ou mais, que sofreram fratura de fêmur no ano de 2011, em um hospital do município de Pelotas/Rio Grande do Sul, mostrou que, dos idosos internados na referida instituição, 98,0% tiveram a fratura de fêmur precedida por queda (SANTOS, 2012).

A prevalência de quedas entre os idosos altera-se de acordo com as características da população estudada, podendo variar de 10,7% a 32,1% para os idosos que vivem na comunidade, visto que em idosos institucionalizados, ou seja, moradores de Instituições de Longa Permanência, esse número aumenta (41,0%) (CEVIZCI et al., 2015; PEREIRA et al., 2015; REIS e JESUS, 2015; PAGLIOSA e RENOSTO, 2014; DEL DUCA, ANTES e HALLAL, 2013), revelando a fragilidade da população estudada, com um risco de quedas elevado em idosos asilados (TAGUSHI et al., 2015).

A etiologia das quedas é normalmente multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos e extrínsecos (DELLAROZA et al., 2014). Entre os fatores intrínsecos têm destaque o sexo feminino, a idade avançada e a presença de duas ou mais morbidades como importante fator desencadeante desse evento entre os idosos (NASCIMENTO e TAVARES, 2016). De acordo com estudos realizados no Brasil, as mulheres apresentaram maior chance de quedas do que o sexo oposto, bem como pertencer à faixa etária maior ou igual a 70 anos (MENEZES, VILAÇA e MENEZES, 2016; PAGLIOSA e RENOSTO, 2014). Ainda sobre a maior prevalência de quedas em idosos do sexo feminino, estudo transversal realizado na parte ocidental da Turquia mostrou que o risco foi aumentado em mulheres que não podem cuidar de si

mesmas e com baixo padrão de vida. Nessa pesquisa, fizeram parte 1.001 idosos residentes na comunidade, a qual apresentou uma prevalência de 32,1% de quedas nos últimos seis meses (CEVIZCI et al., 2015). Em estudo efetuado com 391 idosos com 65 anos ou mais, apontou que ter sintomas depressivos está associado à ocorrência de quedas. Bem como a variável morar só foi observada tanto para quedas quanto para quedas recorrentes (SOARES et al., 2014). Ter problemas auditivos aumenta significativamente a probabilidade de sofrer trauma por quedas (RODRIGUES e CIOSAK, 2012).

O domicílio do idoso, período diurno e cair da própria altura são características da população de idosos que sofrem queda (MERCHIAL et al., 2014; CHIANCA et al., 2013). Ainda em relação aos fatores extrínsecos há aqueles relacionados ao ambiente, tais como iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos (FERRETTI, LUNARDI e BRUSCHI, 2013). Estudo mostrou que o tipo de moradia (casa) e apresentar renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo foram fatores associados ao risco de quedas (ALMEIDA et al., 2012). A presença de obstáculos dentro do domicílio do idoso, como tapetes, também propiciam o evento queda (CHIANCA et al., 2013). Outras causas frequentes são os pisos escorregadios, irregulares e os desníveis (FHON et al., 2013), também a presença de buracos e objetos espalhados no chão, degraus altos e tapetes soltos (FHON et al., 2012).

Sobre o evento queda, a maioria dos estudos tem se preocupado com a população que habita os centros urbanos, deixando de lado, muitas vezes, a população idosa rural, que tem características diferenciadas. Idosos residente na zona rural apresentam características peculiares que devem ser levadas em consideração em decorrência de sua cultura, modos de vida, trabalho e outros fatores que os fazem população diferenciada. Com o envelhecimento populacional em curso, todas as formas de pesquisa são importantes e em distintos contextos, quer seja rural ou urbano. Um exemplo disso está na atividade social dos idosos, pois, na zona urbana, se organizam em forma de rede, praticam atividade física, fazem artesanato, participam de gincanas, bailes, entre outras atividades culturais.

Em contrapartida, na zona rural, os idosos desfrutam seu lazer frequentando a igreja, eventos religiosos, visitas a familiares ou vizinhos (RODRIGUES et al, 2014). Outra característica desse estrato da população é não prática de atividade física, que pode estar aliada a distância dos locais que oferecem possibilidade dessa prática, bem como o esforço que é realizado nas atividades diárias na lavoura, os quais já requerem um empenho maior, deixando os idosos cansados, com menos vontade de fazer exercícios físicos. Também se destaca, além da distância dos serviços de saúde e da área urbana, a dificuldade de transporte, inviabilizando, muitas vezes, essa prática (PEGORARI et al., 2015).

Sukumar e colaboradores (2016) realizaram estudo que investigou a influência da localização geográfica nas admissões hospitalares, utilização e resultados de lesões relacionadas com a queda em adultos mais velhos. Os resultados mostraram que em comparação com os residentes urbanos, os residentes rurais foram hospitalizados menos e as taxas de internação aumentaram a uma taxa menor de 2003 a 2012. Os residentes rurais tiveram uma duração total de permanência total mais curta, uma maior taxa de readmissão de 28 dias e maior mortalidade de 30 dias (SUKUMAR et al., 2016).

Pesquisa feita com 220 idosos rurais e 829 idosos urbanos revelou que a maioria era do sexo feminino, morava com alguém, e a faixa etária predominante foi dos 60 aos 75 anos, em ambas as regiões. No que se refere ao estado conjugal, na zona urbana, prevaleceram idosos sem companheiro (52,7%), enquanto na zona rural, idosos com companheiro (72,3%). Esse estudo apontou que não foram observadas diferenças significativas entre duas regiões, em algumas condições socioeconômicas, como a escolaridade e a renda. Porém, observaram-se menores escores em alguns aspectos da qualidade de vida dos idosos rurais em contrapartida aos urbanos. Cabe salientar que, na zona urbana, a proporção de mulheres, idosos mais velhos e sem companheiro foi superior à rural (TAVARES et al., 2015).

Estudo internacional que avaliou a utilização e resultados de lesões relacionadas com a queda em adultos mais velhos hospitalizados pelo menos uma vez por uma lesão relacionada a queda, mostrou que os residentes rurais

apresentaram taxas mais baixas de internação por lesões relacionadas com a queda e um menor aumento anual nas taxas de hospitalização em relação aos residentes urbanos (SUKUMAR et al., 2016). Esta pesquisa também apresentou que em ambas as localidades predominaram o sexo feminino e idade 85 anos ou mais (SUKUMAR et al., 2016).

Em estudo realizado com 850 idosos que residiam na zona rural teve-se o predomínio do sexo masculino, da faixa etária dos 60-70 anos, do estado conjugal casado/mora com companheiro. Esse mesmo levantamento mostrou que, em relação à escolaridade, 30,1% tinham de um a quatro anos de estudo, e 48,2% apresentavam renda de um salário mínimo (MORAIS, RODRIGUES e GERHARDT, 2008). As populações rurais vivem numa realidade em que prevalecem o isolamento, residências precárias, menores níveis socioeconômicos e educacionais, limitação de transporte, problemas crônicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde. Nesse sentido e diante do exposto, construiu-se a seguinte questão norteadora:

Qual a prevalência de quedas e seus fatores associados em idosos residentes na zona rural do município de Pelotas?

2 Justificativa

Os acidentes por quedas na população idosa, em um passado não tão distante, eram vistas como inevitáveis ou como acidentais, oriundas da falta de cuidado dos idosos, sendo consideradas algo “normal”, responsabilidade do idoso e não uma questão de saúde pública. Com o passar dos anos, a queda adquiriu uma maior proporção ante a saúde do idoso em razão das suas inúmeras repercussões na velhice, como o medo de cair novamente até o óbito prematuro, sendo, desta forma, definida como um problema de saúde pública (ALBUQUERQUE, 2014).

Em estudo quantitativo realizado na Unidade de Urgência e Emergência de um hospital universitário de Campinas, interior de São Paulo, com 108 idosos vítimas de trauma, mostrou-se que 80,0% dos traumas foram consequente de quedas da própria altura (LIMA e CAMPOS, 2012). Outro levantamento com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da base do DATASUS/Ministério da Saúde, em que foram selecionadas as informações referentes aos anos de 1997 a 2010, mostrou que, no período estudado, houve 8.142.342 óbitos no Brasil entre pessoas com 60 anos ou mais. Destes, 50.348 foram óbitos por quedas, sendo 50,6% ocorridos entre a população de 80 anos ou mais (ANTES, SCHNEIDER e D'ORSI, 2015). Essa mesma pesquisa constatou, ainda, que, para todas as regiões investigadas, a taxa de óbito por quedas aumentou conforme o avançar da idade.

A atenção à saúde da população idosa se constitui um desafio para os serviços de saúde em decorrência do impacto das quedas no cotidiano do idoso. Desta forma, destaca-se o papel do enfermeiro, considerando sua atuação nesses espaços com vistas ao monitoramento e controle das condições de saúde dos idosos que sofrem quedas. Estudos têm-se dedicado a pesquisar a velhice sob novas ópticas, mas a maioria deles se refere a idosos que habitam ambientes urbanos, sendo poucas as pesquisas que abordam o tema envelhecimento na zona rural.

A averiguação dessa condição nesse cenário pode-se instituir como estratégia na elaboração de ações e políticas de incentivo à saúde e qualidade de vida condizentes com as questões sociais, ambientais e culturais adequadas à realidade das comunidades rurais, e, no que se refere à qualidade de vida, em pesquisa com 60 idosos homens - dos quais 30 idosos residentes em zona rural e 30 idosos da zona urbana -, o grupo rural obteve melhora na qualidade de vida em relação à saúde e aos aspectos sociais quando comparado ao grupo de idosos que habitam a zona urbana. Também evidenciou que nos aspectos sociais e de saúde, os idosos rurais tiveram resultados mais satisfatórios, apresentando ainda menor número de indivíduos com patologias (BELTRAME et al., 2012).

A literatura aponta que a prevalência de quedas no Brasil têm diferenças entre as regiões, bem como as pesquisas têm sido conduzidas na sua grande maioria com populações urbanas. Denotando, desta forma, a necessidade de desenvolver pesquisas com idosos residentes nas zonas rurais, em especial naquelas em que o percentual de idosos está acima da média nacional (12,1%), como no município de Pelotas (15,5%), visando a compreender os aspectos relacionados às quedas e seus preditores (IBGE, 2010). Nessa perspectiva, reforça-se a necessidade do desenvolvimento de investigações sobre os fatores associados às quedas de idosos moradores de zonas rurais, objetivando subsidiar abordagens sistemáticas pelos profissionais de saúde e políticas públicas de apoio, com intuito de reduzir esse evento que é tão frequente entre os idosos.

Sukumar e colaboradores em sua pesquisa com idosos de 65 anos ou mais apresentaram diferenças significativas entre a população rural e urbana, concluindo que advém a necessidade de pesquisas futuras para caracterizar e explicar essa variabilidade entre as populações (SUKUMAR et al., 2016).

Perante esse panorama, justifica-se avaliar a prevalência e fatores associados ao evento queda no processo de envelhecimento no ambiente rural. Por conseguinte, os resultados desta pesquisa poderão contribuir para adequação de serviços existentes e planejamento de outros, de forma a estimular maior investimento na saúde pública para prevenção da queda de idosos. Da mesma forma que pode contribuir na consolidação de um envelhecimento ativo, como

proposto pela Organização Mundial da Saúde (2005), com garantia da continuidade da participação social, apesar da presença de doenças e/ou incapacidades, inclusive na zona rural, justificando este estudo.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de quedas e seus fatores associados entre idosos residentes na zona rural.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de morbididades;

Conhecer a prevalência de cada variável que compõe os fatores de risco para quedas de idosos;

Correlacionar características sociodemográficas, econômicas, comportamentais, morbididades e as quedas.

Propor um algoritmo de cuidados na prevenção de acidentes por quedas.

4 Hipóteses

Prevalência de quedas de idosos será em torno de 25,0%.

Cair estará associado ao sexo feminino.

Idosos com baixa escolaridade sofrerão mais quedas que idosos com mais anos de escolaridade.

A polifarmácia será fator de risco para quedas em idosos.

A variável morar só estará associada a quedas de idosos.

A situação conjugal predominante dos idosos será casada.

Idosos do sexo feminino sofrerão mais quedas do que o sexo oposto.

O ambiente em que mais ocorrerá queda será o próprio domicílio do idoso.

Idosos com menor vulnerabilidade econômica apresentam-se mais propensos a ter quedas do que os idosos com maior nível econômico

Idosos com uma ou mais morbidades apresentarão maior chance de cair quando comparado com os idosos sem morbidades ou com menos número.

5 Revisão de literatura

Com o intuito de propiciar um aprofundamento na temática proposta nesta pesquisa, primeiramente foi organizada uma investigação nas literaturas nacional e internacional, as quais discorrem sobre o evento queda na população idosa e seus fatores associados. Posteriormente construiu-se a revisão de literatura narrativa apresentada a seguir sobre o resultado dessas buscas.

A investigação nas literaturas nacional e internacional ocorreu no período de janeiro de 2015 a outubro de 2017, por meio de busca nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e PubMed. Para localizar os artigos foram usados os seguintes descritores provenientes do vocabulário estruturado e trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

- **Idoso:** pessoa idosa com 65 a 79 anos de idade (porém, os estudos com idosos de 60 anos ou mais utilizam esse descritor também).
- **Idoso de 80 anos ou mais:** pessoa de 80 anos ou mais.
- **População rural:** habitantes da área rural ou de pequenos municípios classificados como rurais.
- **Zona rural:** apoia-se numa multiplicidade de critérios, não existindo, em muitos casos, uma definição oficial. As tipologias mais comuns baseiam-se fundamentalmente em critérios quantitativos - densidade populacional, dimensão dos lugares e emprego agrícola -, sendo; em alguns casos; considerada a utilização dos solos e outros indicadores de natureza econômica e social. Em vários casos, rural é o espaço residual não urbano.
- **Acidentes por quedas:** quedas em decorrência de escorregões ou tropeços que podem resultar em lesão.

Para a investigação na base de dados PubMed, os descritores foram agrupados por meio dos Operadores Boleanos AND, OR e NOT. O critério de exclusão foi o seguinte: pesquisas com mais de dez anos de publicação.

A pesquisa nas três bases de dados exploradas durante o período de dois anos foram atualizadas mensalmente com o intuito de adquirir novas publicações sobre o tema proposto. Todos esses resultados estão explanados e discutidos, a partir de agora, na revisão de literatura escrita para posteriormente servir de apoio à discussão dos resultados da pesquisa com idosos da zona rural do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram construídos dois temas: o primeiro intitulado “evento queda na população idosa e fatores associados”, esse tema abordou a queda e sua epidemiologia em níveis nacional e internacional, os fatores associados, extrínsecos e intrínsecos, bem como as repercussões desta na população de idosos; e o segundo tema intitulado “população rural”, traz as características das pessoas que habitam esse lugar, como alimentação, lazer, saúde, morbidades e trabalho, despontando suas peculiaridades em relação à população que vive na zona urbana.

5.1 Acidentes por quedas na população idosa e fatores associados

Com o avançar da idade, múltiplos fatores constituem um desafio para que idosos vivam de forma independente e com autonomia e, entre eles, destacam-se as quedas. Estas representam, na velhice, um problema de importância crescente na escala mundial. Nesse item, será abordada essa temática, enfatizando a apresentação de dados epidemiológicos relacionados com a ocorrência de acidentes por quedas na população idosa. Complementando, construiu-se um quadro sobre artigos selecionados nas bases de dados (Apêndice A).

Compreender que os idosos são a parcela da população mais vulnerável aos desfechos desfavoráveis de saúde, como morbidade, mortalidade, incapacidade e dependência, é evidenciar a importância de se trabalhar de forma multidisciplinar em busca de uma abordagem integral, individualizada, com foco na funcionalidade, na

independência e na qualidade de vida do idoso, com vistas a um envelhecimento em estado ativo.

As quedas são acidentes recorrentes ao longo da vida. Contudo, o seu impacto, a prevalência e as circunstâncias que estão na sua origem não são iguais nas faixas etárias. Dentro da saúde do idoso, as quedas têm se tornado importante problema de saúde pública em razão de suas inúmeras consequências, como medo de cair novamente, fraturas, traumas leves a graves, hospitalização, entre outros. Por vezes, a queda é tratada como síndrome geriátrica, ou seja, um conjunto de sinais ou de características que, em associação a uma condição crítica, são passíveis de despertar insegurança e medo (ALBUQUERQUE, 2014).

Com o processo de envelhecimento da população, as quedas ganham espaço cada vez maior, se tornando mais frequentes e danosas aos idosos, com redução da capacidade funcional, resultando em diminuição da qualidade de vida e óbito prematuro. A queda pode ser considerada um evento-sentinela na vida do idoso, podendo marcar o início de fragilidade, institucionalização, declínio da saúde e morte. É possível afirmar que a queda é um evento extremamente comum e consequente de uma associação entre fatores físicos e psicológicos, corroborando a premissa de que uma abordagem preventiva desse evento em idosos deve ser multissetorial, multiprofissional e multifatorial (ALBUQUERQUE, 2014).

Em revisão da literatura, realizada com o intuito de propor uma visão ampliada, capaz de divulgar os aspectos ligados à queda, que são de interesse comum a todos os profissionais de saúde que lidam com a população idosa, mostrou-se que de 28% a 35% de pessoas acima de 65 anos de idade caem pelo menos uma vez durante o ano no mundo (GASPAROTTO, FALSARELLA e COIMBRA, 2014). Também revelou-se que o local mais frequente de queda foi o domicílio do idoso, e, conforme passam os anos, os idosos têm mais chance de cair. Fatores intrínsecos como sono, cochilo diurno, uso de medicamentos, presença de morbidades estiveram associados a quedas. Entre os fatores extrínsecos, têm sido listados como locais de maior perigo no lar, em primeiro lugar, o quarto, seguido por escadas e cozinha e, por último, sala de estar e banheiro (GASPAROTTO, FALSARELLA e COIMBRA, 2014).

Estudo que objetivou traçar o perfil dos idosos - 60 anos ou mais - que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2011, baseados em dados secundários registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mostrou que, dos 309.840 óbitos de idosos, 2.126 apresentaram como circunstância a queda, o que corresponde a 0,69% das causas de óbito no período pesquisado. Considerando a razão de chances, verifica-se que a chance de óbitos por queda nos idosos é significativamente maior para o gênero feminino, para a faixa etária acima de 69 anos, para idosos com cor de pele branca, seguidos dos viúvos e solteiros. Para a população avaliada, a escolaridade não esteve associada com a ocorrência de óbitos por quedas (ROSA et al., 2015). Portanto, fica claro que, com o aumento da idade, o risco de óbito por queda eleva-se acentuadamente.

Outro estudo descritivo, feito com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com as taxas de internações hospitalares por causas externas em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 2008 a 2010, mostrou que “outras causas de lesões acidentais” (W00-X59) são a principal razão de morbidade por causas externas em ambos os sexos e em todas as idades no município, destacando-se as quedas (W00-W19). As taxas de internação por quedas aumentaram gradativamente com o avançar da idade, especialmente acima dos 60 anos, em ambos os sexos (LIGNANI e VILLELA, 2013). Entre os idosos, as altas taxas de internações por quedas podem estar associadas ao ambiente doméstico e urbano, aos efeitos dos medicamentos e a um perfil demográfico revelador do envelhecimento populacional.

Na comunidade Oshima Town, cidade de Nagasaki, Japão, foi realizado um estudo com 278 mulheres japonesas com 65 anos ou mais, em que a prevalência do medo de cair foi de 36,0%, com tendência a aumentar com a idade, mas não foi significativa. O inadequado desempenho físico e a dor foram associados com o medo de cair nas idosas participantes. Desta forma, a manutenção do funcionamento físico e o controle da dor podem ser importantes ferramentas para as mulheres idosas com medo de cair (TOMITA et al., 2015).

Em estudo realizado no estado do Alabama, Estados Unidos, 454 pessoas relataram pelo menos uma queda durante os seis últimos meses em pesquisa feita

com 970 idosos, de 65 anos ou mais. Nessa população pesquisada, as quedas foram associadas com a idade avançada, estado conjugal casado, maior número de comorbidades, sintomas depressivos e sintomas relacionados com a mobilidade (LO et al., 2014). Essas estatísticas de quedas poderiam ser ainda maiores se considerarmos a população de idosos que não relatam a ocorrência de quedas por acreditar que estas são decorrência natural do processo de envelhecimento, até o momento em que uma queda mais grave ocorra. Desta maneira, cabe aos profissionais da área da saúde conversarem com os idosos sobre a importância de relatar que sofreram uma queda, com interesse de prevenção de novas quedas, inclusive de atuação no fator desencadeante do primeiro evento.

A prevalência de quedas em idosos pode estar associada a vários fatores desencadeantes, como características do local onde residem, hábitos e estilo de vida, situação econômica, entre outros. Desta forma, deve-se levar em consideração o entorno em que o idoso vive. Em nível internacional, estudo acima citado, desenvolvido em Oshima Town, cidade de Nagasaki, Japão apresentou uma prevalência de quedas de idosos de 23,0% (TOMITA et al., 2015). Em contrapartida, pesquisa feita no Estado do Alabama, Estados Unidos, mostrou uma prevalência de 47,0% (LO et al., 2014). Já em âmbito nacional, tem-se uma prevalência de quedas, variando de 28,0% a 35,0%, havendo alguns estudos que apontaram prevalências mais altas. Cabe relatar um levantamento feito com 202 idosos atendidos por um programa de atenção domiciliar no município de Juiz de Fora-MG, em que a prevalência de quedas em um ano foi de 55,0%, sendo que 22,5% dos idosos afirmaram ter sofrido mais de uma queda no último ano (ALBUQUERQUE, 2014).

A etiologia da queda é normalmente multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos podem ser definidos como aqueles relacionados ao próprio sujeito, ao próprio processo de envelhecimento do corpo, o qual pode apresentar redução da função dos sistemas que compõem o controle postural, doenças, transtornos cognitivos e comportamentais, apresentando incapacidade em manter ou para recuperar o equilíbrio, quando necessário. São exemplos desses fatores, segundo alguns estudos sobre essa temática, gênero feminino, idade

avançada, presença de doenças crônicas, polifarmácia, medo de cair, deficit auditivo e visual, sonolência, depressão, auto percepção ruim da saúde, baixa escolaridade, uso de álcool, quedas recorrentes, entre outros (MENEZES, VILAÇA e MENEZES, 2016; LO et al., 2014; DELLAROZA et al.; ANTES, D'ORSI e BENEDETTI; CHIANCA et al., 2013; AVEIRO et al., 2012).

Como fatores extrínsecos tem-se aqueles relacionados ao ambiente: iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos, morar só, objetos espalhados no chão, desníveis no solo, presença de animais domésticos, entre outros (MENEZES, VILAÇA e MENEZES, 2016; LO et al., 2014; DELLAROZA et al.; ANTES, D'ORSI e BENEDETTI; CHIANCA et al., 2013; AVEIRO et al., 2012).

Estudos demonstram que o sexo feminino é o mais acometido por queda quase na totalidade de pesquisas com esse tema (MENEZES, VILAÇA, MENEZES, 2016; LO et al., 2014; DELLAROZA et al.; ANTES, D'ORSI e BENEDETTI; CHIANCA et al., 2013; AVEIRO et al., 2012). Porém, estudo com dados secundários de idosos que foram socorridos por dois serviços móveis de atendimento após terem sofrido queda no município de Maringá, nos anos de 2006 a 2008, mostrou que o sexo masculino foi o mais atingido pelo evento queda, com 51,0% (MESCHIAL et al., 2014), fato que pode ser explicado pela constatação da presença maior de álcool etílico nos homens (14,4%) em relação às mulheres (1,1%) e em razão de ter verificado que, em ambos os gêneros, as quedas do mesmo nível foram predominantes, com um porcentual mais elevado no sexo feminino. Contudo, as quedas de nível elevado foram mais frequentes nos homens. Este último dado pode referenciar para um maior número de atendimentos ao sexo masculino em decorrência da gravidade da queda, em que a de nível mais elevado é a mais frequente.

O envelhecimento populacional em curso denota uma maior expectativa de vida da sociedade. Vive-se mais, sim, porém acumulam-se mais doenças e dependência funcional com esses anos adicionais de vida. Nesse sentido, diversos estudos, em diferentes municípios e países, apontam que a idade avançada predispõe à queda (SOARES et al., 2014; PEREIRA e CEOLIN, 2013;

CAVALCANTE, AGUIAR e GUERGEL, 2012; TOMITA et al., 2015). Com o passar dos anos, o corpo humano vai entrando em processo de envelhecimento das estruturas, desencadeando, na maioria das vezes, um acúmulo de doenças crônicas, as quais vão necessitar, por sua vez, do uso de diversos medicamentos, fatores que predispõem à queda de idosos. Logo, viver mais aumenta o risco de um idoso sofrer queda (CRUZ et al., 2015).

Nessa mesma linha de pensamento, as pesquisas sobre quedas em idosos trazem resultados em que a idade média da população estudada é, frequentemente, mais elevada, podendo variar de 69,5 a 85 anos (CRUZ et al., 2015; ALBUQUERQUE; DELLAROSA et al., 2014; FHON et al.; SIQUEIRA et al.; CHIANCA et al.; ANTES, D'ORSI e BENEDETTI, 2013). Isto pode decorrer do que foi explicado no parágrafo anterior, que salienta o envelhecimento das estruturas corporais como fator desencadeante do evento queda.

Paralelamente a esse processo de alterações no corpo humano, bem como ao envelhecimento populacional em curso, têm-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), Doença de Alzheimer, Mal de Parkinson e câncer, as quais predispõem à queda de idosos, resultados que foram confirmados com estudo de base populacional, com idosos de 60 anos ou mais, em que foram observadas associações entre queda nos últimos 12 meses e as morbidades: HAS, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, incontinência urinária, problema nervoso ou psiquiátrico e catarata (DELLAROZA et al., 2014).

Em estudo que objetivou verificar a associação entre capacidade cognitiva e a ocorrência de quedas em uma população de idosos, mostrou-se que, aqueles que apresentaram comprometimento cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental, 42,0% sofreram queda, enquanto 29,9% dos indivíduos sem alterações cognitivas vivenciaram esse evento (CRUZ et al., 2015). Apresentar comorbidades, ou seja, mais de uma doença crônica, também está associado à ocorrência de quedas de idosos, conforme pesquisa feita no Estado do Alabama, Estados Unidos, com 970 adultos residentes na comunidade com idade ≥ 65 anos (LO et al., 2015).

Em contrapartida, 29,0% de um total de 278 mulheres japonesas residentes na comunidade de Oshima Town, Nagasaki, Japão, com idade de 65 anos ou mais, tiveram apenas uma morbidade (TOMITA et al., 2015). No que se refere à presença de doenças crônicas como fatores de risco para queda de idosos, tem-se algumas mais prevalentes do que outras, no caso, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), osteoporose e reumatismo, conforme um estudo longitudinal planejado para identificar as condições de vida e de saúde de idosos de sete cidades da América Latina e Caribe (DELLAROZA et al., 2014). A presença de duas ou mais morbidades também foi relacionada à queda de idosos em pesquisa com 729 idosos, a qual mostrou uma prevalência de quedas de 28,3% (NASCIMENTO e TAVARES, 2016).

Aliado à presença de doenças crônicas, tem-se o aumento no consumo de medicamentos pelos idosos, para diminuir os efeitos destas ou estagnar a doença em si, bem como, em decorrência do processo natural de envelhecimento, ocorrem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que fazem com que terapias farmacológicas tenham desde efeitos subterapêuticos até ocasionem intoxicações e/ou reações adversas graves, fato que predispõe à queda de idosos. Ainda, o uso de vários medicamentos concomitantemente, ou polifarmácia, traz efeitos não esperados na saúde dessa população, por meio da interação medicamentosa de alguns fármacos.

Nessa linha, tem-se uma pesquisa epidemiológica transversal, evidenciando que as quedas de idosos estão associadas ao uso de maior número de medicamentos (CRUZ et al., 2012). Em contrapartida, estudo feito com mil idosos australianos, com idades de 65 anos ou mais, mostrou que o uso de medicamentos não teve um efeito significativo sobre a probabilidade de cair (MORRIS et al., 2004).

Em diferentes sociedades, ora o idoso é valorizado e respeitado por ser detentor de conhecimento, ora é tratado como um fardo, e este último, aliado a outras situações desencadeadas pelo processo de envelhecimento, como negação da velhice, podem gerar na pessoa idosa consequências negativas para a qualidade de vida. A definição de qualidade de vida na velhice ampliou-se com o passar dos anos, contendo um leque de indicadores para sua aferição. Dentre eles, destacam-

se desenvolvimento social, saneamento básico e nível de escolaridade, fatores estes que vão desencadear no idoso a percepção de sua saúde, podendo ser boa ou ruim.

A percepção ruim da saúde é um fator de risco para quedas de idosos, visto que o idoso que não está satisfeito com sua vida tende a isolar-se, ficando restrito ao seu domicílio, local de maior ocorrência de quedas nessa população. Essa implicação foi constatada em estudo transversal com 420 idosos residentes na comunidade, em que o evento queda esteve associado com a percepção regular ou ruim da saúde (CRUZ et al., 2012).

Em contrapartida, pesquisa transversal feita com 83 mulheres idosas residentes na zona urbana, as quais responderam à Escala de Depressão Geriátrica, e em que, destas, 51,8% sofreram queda no ano anterior, destacou que a autopercepção ruim do estado de saúde não esteve relacionada ao evento queda (GAI et al., 2010).

Neste sentido, um dos fatores que podem exacerbar a autopercepção ruim da saúde é a depressão nos idosos, propiciando ainda mais a presença de queda, o que pode ser explicado de três formas: a depressão pode preceder as quedas e vice-versa, assim como ambas podem ser efeito de uma causa comum, tais como pior condição de saúde, limitação funcional em atividades de vida diária, declínio cognitivo e baixa velocidade da marcha. Estudo multicêntrico, com uma população de 689 idosos, em que 212 (30,90%) sofreram queda, a presença de sintomas depressivos esteve associada a esse evento (GUBEL, 2012). Outro estudo que avaliou relação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e ocorrência de quedas em idosos residentes na comunidade também evidenciou a associação entre queda e sintomas depressivos (PEREIRA, CEOLIM e NERI, 2013). Esse mesmo trabalho expôs que ter o hábito de tirar cochilo diurno esteve ligado à queda de idosos. Percebe-se o quão fundamental é conhecer todos os fatores de risco que podem estar vinculados ao evento queda, pois um ato rotineiro na vida das pessoas, com mais frequência entre os idosos, como cochilar no período diurno pode predispor à queda.

Em decorrência desses inúmeros fatores de riscos intrínsecos, expostos anteriormente, percebe-se o quão o idoso está vulnerável a esse evento, por isso, a

queda deve ser tratada como um problema de saúde pública dentro da Saúde da Pessoa Idosa. Neste sentido, cabe aos envolvidos direta e indiretamente com essa população criar meios de proteção e prevenção das quedas, com o intuito de manter a independência funcional e qualidade de vida na velhice. Para concluir a relação das quedas de idosos com os fatores intrínsecos para estas, é importante ressaltar que, quanto mais velhos e mais fatores intrínsecos apresentarem maior é o risco de morte por queda. Portanto, o risco de morrer é maior para os idosos mais velhos e que sofreram queda. Esse fato é ainda mais marcante para o sexo feminino, exposto em levantamento que avaliou se a queda era um fator de risco para óbito (DUARTE, 2010).

Conforme explanado anteriormente, as quedas de idosos têm etiologia multicausal e podem ser atribuídas a fatores intrínsecos e extrínsecos, ou ambos, associados. Desta forma, a partir de agora serão expostas as causas ambientais de queda de idosos.

O domicílio do idoso tem sido apontado como fator de risco para o evento queda na velhice (SILVA et al., 2014; MESCHIAL et al., 2014; ANTES, D'ORSI e BENEDETTI, 2013). Em estudo epidemiológico transversal observacional com 420 idosos de 60 anos ou mais, na zona norte da cidade de Juiz de Fora, mostrou-se que o domicílio do idoso é o lugar mais frequente de quedas em 59,0% da amostra (CRUZ et al., 2012). Corroborando, tem-se pesquisa que objetivou conhecer os fatores de risco do ambiente em que estão inseridos os idosos caídores, revelando que a maioria caiu dentro do domicílio, no quarto e deambulando, enfatizando que os fatores de risco ambientais são modificáveis e passíveis de redução das quedas de idosos (LAMENCA et al., 2016).

Em pesquisa realizada com idosos, 45 (37,5%) relataram quedas ocorridas nos últimos 12 meses, sendo que 27 (60,0%) destas se deram no próprio domicílio. Das quedas domiciliares, 68,2% foram ocasionadas por pequenos acidentes domésticos, como subindo em banquinho ou escada, tropeçar em tapete e perder o equilíbrio pela presença de animal doméstico (SILVA et al., 2014). Cair dentro do domicílio pode estar associado ao fato de que, com o avançar da idade, as pessoas

tendem a ficar mais tempo dentro de sua residência, favorecendo o evento queda, principalmente no sexo feminino (BÓS et al., 2015).

Percebe-se que o domicílio tem sido os sítios das quedas de idosos, entretanto, estudo com idosos residentes em municípios da Região Metropolitana e Serra do Rio Grande do Sul, analisando fatores associados, sazonalidade e gravidade da queda, verificou que, em 82,8% (5.427) dos casos, o local da queda não foi relatado, deixando uma lacuna nesse dado, no sentido de impedir que medidas preventivas sejam adotadas com base no local de ocorrência das quedas (BÓS et al., 2015). Para Meschial e colaboradores (2014), as quedas, em sua maioria, ocorrem no domicílio do idoso, durante o dia e nos dias úteis, assim como para a maior parte de idosos que participaram do inquérito transversal de base populacional e domiciliar intitulado EpiFloripa Idoso (ANTES, D'ORSI e BENEDETTI, 2013). Esse mesmo levantamento revelou que os idosos caíram enquanto caminhavam, dentro do domicílio, no quarto, necessitando, a maioria, de ajuda para levantar, permanecendo por mais de um minuto no chão.

Contestando os estudos citados acima, se tem pesquisa realizada com 108 idosos cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, em 2008, a qual indicou que os locais mais frequentes das quedas dos participantes foram o quintal e o quarto (CHIANCA et al., 2013). Esse mesmo levantamento evidenciou relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de quedas e a capacidade cognitiva dos idosos. Em contrapartida, Fhon e colaboradores (2012) encontraram como local mais relatado de ocorrência das quedas de idosos o pátio/quintal. Prevaleram, nessa mesma investigação, como fatores extrínsecos de quedas de idosos, pisos escorregadios (26,3%), pisos irregulares ou buracos (18,8%), degrau alto e/ou desnível do piso (11,3%), objetos no chão (8,8%) e tapetes soltos (7,5%), entre outros.

Os fatores extrínsecos mais frequentes para a ocorrência de quedas de idosos foram pisos escorregadios ou molhados (42,6%), pisos irregulares ou com buracos (35,2%), degrau alto e/ou desnível no piso (16,7%), escadaria sem corrimão (5,6%) em estudo desenvolvido com 150 idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família, no município de João Pessoa, estado da Paraíba (PINHO et al.,

2012). A maioria das quedas de idosos apresenta como causa o ambiente doméstico inadequado. Identificou-se que todos os acidentes ocasionados por quedas ocorreram no próprio lar do idoso, e entre os fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas, o mais citado foi superfície escorregadia (CAVALCANTE, AGUIAR e GURGEL, 2012).

Para Antes e colaboradores (2013), os idosos caem mais durante o período matutino, caminhando, dentro do domicílio, no quarto, e a maioria necessitou de ajuda para levantar, permanecendo no chão por, no máximo, um minuto. As principais circunstâncias das quedas foram o tropeço e escorregão. Durante o dia, também os idosos sofreram mais queda em pesquisa feita com pessoas atendidas por serviços pré-hospitalares do município de Maringá, Estado do Paraná (MESCHIAL et al., 2014). Nesse estudo, os idosos caíram mais nos dias úteis e dentro do domicílio.

O tipo de moradia, residir em casas e a renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo foram evidenciados como fatores extrínsecos para a ocorrência do evento queda em pesquisa feita com 267 idosos no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul (ALMEIDA et al., 2012).

Conforme explicitado no item acima, os acidentes por quedas estão presentes na vida do idoso e acabam abarcando inúmeros problemas para esta população, no entanto, as quedas também fazem-se presentes em outros cenários, como a zona rural, por exemplo. Neste meio, as quedas podem mostrar novas características e novas preocupações aos gestores e profissionais da saúde. Logo, se faz pertinente explorar a zona rural desvelando um novo olhar sob a ótica do envelhecimento populacional, conforme descrito a seguir.

5.2 População rural

Idosos rurais têm suas peculiaridades em relação a idosos urbanos, as quais devem ser levadas em consideração na construção de políticas públicas voltadas para essa população, como, por exemplo, gênero, faixa etária, condições de saúde, doenças prevalentes e níveis de escolaridade. Enfim, dados econômicos e

sociodemográficos que influenciam diretamente na formulação de projetos voltados para o bem-estar dessa população.

No tocante ao sexo, há estudos divergentes, em que a população masculina se sobressai à feminina, como na pesquisa observacional realizada na zona rural do município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, em que foram identificados 52,8% de idosos e 47,2% de idosas - em semelhança, estudo do tipo inquérito domiciliar, em que foram entrevistados 850 idosos, dos quais, 52,8% eram homens (HEITOR, RODRIGUES e TAVARES, 2013). Em contrapartida, um levantamento feito em um município do interior do Rio Grande do Sul, com 36 idosos rurais, apresentou 80,6% de mulheres e 19,4% de homens, todos com 60 anos ou mais (BERTUZZI, PASKULIN, MORAIS, 2012). Também em estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal, promovido com 460 idosos da zona rural, houve predominância do sexo feminino (53,9%) (TAVARES et al., 2013), e pesquisa desenvolvida com idosos no Condado de Estocolmo, que avaliou padrões de comportamentos e queda relacionada com a saúde entre as pessoas mais velhas, identificou 52,9% do sexo feminino (HELGADOTTIR, MOLLER e LAFLAMME, 2015).

Esses estudos sustentam a teoria sobre a feminização da velhice, que cresce aceleradamente em níveis mundial e nacional. Percebe-se que, dependendo da região estudada, as características de gênero são controversas, pois os estudos apresentados acima foram feitos em regiões distintas do Brasil. Ainda sobre o gênero, cabe salientar pesquisa promovido com 98 idosos da zona rural e 131 idosos da zona urbana, em que a porcentagem feminina se sobressaiu em ambas as regiões, 56,1% e 56,5%, respectivamente (SILVA et al., 2013). No entanto, percebe-se ser pequena a diferença entre os gêneros, ou seja, a relação feminino/masculino não foi muito distinta, conforme estudos citados acima.

No que se refere à idade de idosos rurais tem-se a ideia de uma população mais envelhecida, com mais anos adicionais de vida em relação a idosos urbanos, porém, estudos contestam essa teoria, denotando que a zona urbana concentra mais idosos em faixas etárias elevadas em comparação com a zona rural. Em estudo transversal com população idosa moradora nas zonas rural e urbana, caracterizando a prevalência de morbidades e sintomas, em que foram entrevistados

229 idosos, com média de idade de 72,3 anos, teve-se a faixa etária predominante de 65-69 anos (39,2%) na zona de moradia rural e de 75-97 anos na urbana (40,3%) (SILVA et al., 2013). Em outra averiguação na comunidade com idosos rurais, foram 60,6% na faixa etária de 60-70 anos, seguida da de 70-80 anos, com 30,7% (HEITOR, RODRIGUES e TAVARES, 2013).

Percebe-se que a faixa predominante foi a de idosos mais novos nos estudos descritos acima, e em pesquisa seccional realizada numa comunidade rural do município de Nova Roma do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, a maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (55,9%) e estava na faixa etária de 60 a 69 anos (55,9%) (RIGO, PASKULIN e MORAIS, 2010). Nesse levantamento, a média etária dos participantes foi 69,8 anos ($DP \pm 7,2$ anos) e houve semelhança entre a média etária dos homens (69,6 anos) e das mulheres (70,0 anos). Também se verificou maior proporção de mulheres em relação aos homens nas faixas etárias mais avançadas. Esses dados referentes à faixa etária podem estar associados a um envelhecimento populacional mais brando na zona rural em relação à zona urbana, bem como os idosos mais idosos podem estar indo morar na cidade ou em Instituições de Longe Permanência (ILP), saindo da zona rural por motivos de doença.

Em relação à escolaridade, por questões culturais, supõe-se que a população rural tenha tido menos acesso à escola, desta forma, apresentariam nível de escolaridade inferior à população urbana. Estudo mostrou que 55,9% dos respondentes possuíam até três anos de escolaridade, e destaca-se que a proporção de mulheres com escolaridade entre 1 e 7 anos de estudo (89,5%) foi superior a de homens (73,4%) (RIGO, PASKULIN e MORAIS, 2010). No mesmo trabalho, o percentual de analfabetismo diferiu entre os sexos, pois 33,0% dos homens relataram não saber ler e escrever, enquanto esse percentual era de 5,3% entre as mulheres (RIGO, PASKULIN e MORAIS, 2010). Outro diagnóstico desenvolvido com 460 idosos da zona rural apresentou idosos com um a quatro anos de escolaridade (32,3%) (TAVARES et al., 2013).

Pesquisa transversal de base censitária com 70 indivíduos com idade igual a 60 anos ou mais, residentes na zona rural de um município do interior do Estado do

Rio Grande do Sul, que objetivou verificar a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, evidenciou que 75,0% não chegaram a completar cinco anos de estudos, observando-se um baixo nível de escolaridade (FOCCHESATTO e ROCKETT, 2015). Percebe-se o quanto a escolaridade dos indivíduos pode estar relacionada a situações de saúde/doença, sendo, na maioria das vezes, fatores de risco para muitos agravos de saúde, como as quedas, e dificilmente como fator de proteção.

Conforme estudos explicitados acima, a falta de escolaridade acomete boa parte da população idosa rural, desta forma, muitos idosos acabam indo morar na cidade, buscando maior acesso à educação para os filhos como forma de evitar alguns danos causados pela baixa escolaridade. Do mesmo modo, essa mudança também se justifica por uma maior proximidade do serviço de saúde, no sentido de estarem amparados, fato que nem sempre ocorre na zona rural (PEREIRA et al., 2014).

A priori é com o envelhecimento que esses agravos se manifestam com mais intensidade, visto que o corpo vem passando por mudanças em sua estrutura, propiciando surgimento de doenças, que, na maioria das vezes, são crônicas. A presença dessas morbidades é maior em idosos inativos, conforme pesquisa feita com 850 idosos residentes na zona rural, assim como o indicativo de depressão também foi maior em idosos inativos, que somaram 74,5% da amostra total. Esses idosos inativos referiram percepção negativa de saúde, evidenciando significância marginalmente estatística (PEGORARI et al., 2015). Este estudo também avaliou a qualidade de vida, mensurada por meio do *World Health Organization Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF), com a prática de atividade física, destacando que a prática de atividade física no lazer permaneceu associada aos maiores escores médios de Qualidade de Vida. Porém, ambos os grupos de ativos e inativos no lazer tiveram prevalência de três morbidades, problemas de visão e coluna e hipertensão arterial.

A maioria dos idosos rurais que participaram de um estudo transversal de base censitária referiu seu estado de saúde como “regular” (57,1%), tendo HAS, osteoporose e dislipidemia como as doenças mais relatadas (FOCCHESATTO,

ROCKETT e PERRY, 2015). Essa pesquisa também trouxe características alimentares dos idosos rurais, evidenciando a prevalência de consumo diário de vegetais e frutas, 85,7% e 68,6%, respectivamente; de vinho, 54,3%; de banha de porco, 75,7%; queijo colonial, 75,7%; e pão caseiro, 87,1%.

Outra questão que deve ser abordada na velhice é a capacidade funcional que se torna crucial na manutenção da qualidade de vida dos idosos. Desta forma, um grupo de idosos que participaram de pesquisa qualitativa associou a capacidade funcional e autonomia com ter uma saúde boa. As falas dos idosos identificaram que realizar as atividades básicas da vida diária, como se alimentar, se vestir, se locomover já são suficientes para ter uma saúde boa (PEREIRA, FIRMO e GIACOMIM, 2014).

Nesse sentido, em razão das inúmeras diferenças entre idosos rurais e urbanos descritas acima, reitera-se a importância de novos estudos abrangendo aqueles idosos, da mesma forma que, com base em novas evidências científicas sobre essa população, se terá mais subsídios para implementação de medidas que promovam uma melhoria na sua qualidade de vida. Além disso, avaliar a população idosa rural por meio de pesquisas sob novas ópticas se faz necessário, visto que o público-alvo tem suas aspirações e demandas, as quais devem ser levadas em consideração na construção de políticas públicas.

Pesquisar características de idosos rurais com ocorrência de quedas poderá trazer inúmeras contribuições para essa população, objetivando um envelhecimento ativo, com qualidade aos anos adicionais de vida e prevenindo acidentes por quedas.

6 Marco Teórico Conceitual

O marco teórico discorre sobre os fatores associados a quedas de idosos durante o processo de envelhecimento.

A queda é definida como uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que a pessoa permaneça em um nível inferior (MANSO e BIFFI, 2015). Sendo comum em todas as fases do desenvolvimento humano, a queda apresenta uma repercussão muito maior entre os idosos, pois pode ocasionar traumas leves a graves, como fraturas, e, conseqüentemente, a morte.

No idoso, a queda pode ser definida como uma síndrome em decorrência dos inúmeros fatores associados que a causam, tendo fatores intrínsecos e extrínsecos ou ambos, associados. São dos fatores intrínsecos as conseqüências que o processo de envelhecimento pode causar nas pessoas idosas, como diminuição do equilíbrio, da acuidade visual e auditiva, redução da massa magra, presença de doenças crônicas, uso de muitos medicamentos, problemas de memória, uso de álcool, insônia, faixa etária avançada, autopercepção ruim da saúde, classe econômica baixa, sedentarismo, sexo feminino, presença de deficit cognitivo, capacidade funcional reduzida.

No tocante às causas extrínsecas causadoras de queda de idosos tem-se os fatores relacionados ao ambiente, como presença de tapetes soltos; escadas; desníveis no solo; poucos cômodos na residência; pouco espaço para o idoso se movimentar; pisos escorregadios, irregulares e molhados; objetos espalhados no chão; escadaria sem corrimão.

Com o intuito de propor um melhor entendimento desses dados no modelo teórico construiu-se um fluxograma (Figura 1), que exhibe os principais fatores de risco associados a quedas de idosos encontrados em estudos pesquisados e que serão abordados nessa pesquisa.

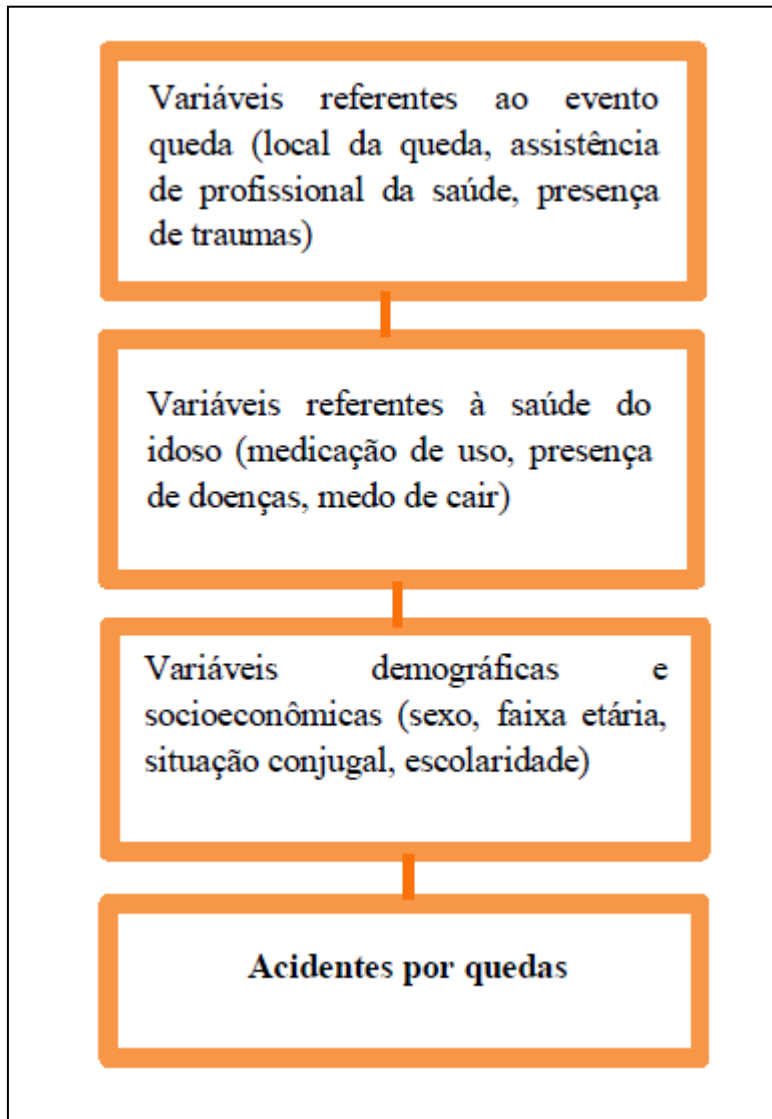


Figura 1 – Fluxograma representando o Modelo Teórico de investigação das variáveis independentes sobre acidentes por quedas em blocos hierarquizados.

7 Metodologia

7.1 Delineamento da pesquisa

Este estudo faz parte de um projeto intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa” sob a coordenação da enfermeira-doutora Celmira Lange, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa é consorciada com cinco pós-graduandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dessa universidade.

Estudo transversal da população idosa vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona rural do município de Pelotas-RS-Brasil.

7.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na zona rural do município de Pelotas, que se localiza na região sul do Rio Grande do Sul, o qual foi criado no ano de 1835. Anteriormente pertencia ao município de Rio Grande, definindo-se pelotense o seu gentílico. A grande expansão das charqueadas fez com que Pelotas fosse considerada a verdadeira capital econômica da província, vindo a se envolver em todas as grandes causas cívicas. Tem a segunda maior concentração de curtumes do Estado e uma das maiores capacidades curtidoras de couro e peles do Brasil. Sobre a economia, o município tem tradição na cultura do pêssego e aspargo, sendo a produção de leite o grande destaque na pecuária, constituindo-se na maior bacia leiteira do Estado. Apresenta um comércio ágil e diversificado, com serviços especializados e empresas de pequeno, médio e grande portes, tendo um salário médio mensal de 2,80 salários mínimos. Atualmente, é o terceiro município mais populoso do Estado. Sua localização se dá às margens do Canal São Gonçalo, que liga as lagoas dos Patos e Mirim, as maiores do Brasil. Está localizado a 250 quilômetros da capital do Estado (IBGE, 2014).

Tem uma área territorial de 1.610,084 quilômetros quadrados e uma população total de 328.275 habitantes, dos quais, 15,1% são idosos, ou seja, têm 60 anos ou mais, sendo a maioria do sexo feminino. Do total da população idosa residente no município, 7,4% estão localizados na zona rural, conceituada como aquela situada externamente ao perímetro urbano de um distrito (IBGE, 2011).

O município de Pelotas conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12 destas localizadas na zona rural, das quais, dez são Estratégia Saúde da Família (ESF) e fizeram parte do estudo. São elas, Osório, Vila Nova, Maciel, Triunfo, Pedreiras, Grupelli, Cerrito Alegre, Corrientes, Monte Bonito e Cordeiro de Farias, conforme Figura 2.



Figura 2 - Mapa do município de Pelotas/RS com a localização das UBS/ESF, em que foram coletados os dados. Fonte: Google Maps adaptado

7.3 População do estudo

A população do estudo foi composta de idosos com 60 anos ou mais, sorteados aleatoriamente, vinculados às microáreas das ESF que abrangem a zona rural do município de Pelotas/RS.

7.4 Critérios do estudo

7.4.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: pessoas com 60 anos ou mais completados até o dia do sorteio dos prontuários e residentes na zona rural de abrangência da ESF do município do estudo.

7.4.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: idosos que, no momento da entrevista, estivessem privados de liberdade por decisão judicial e residindo em Instituições de Longa Permanência ou hospitalizados. Cabe salientar que os questionários direcionados a idosos que tinham demência ou outra incapacidade para responder, foram respondidos por respondente auxiliar ou substituto. Porém as escalas foram aplicadas aos idosos independente da sua condição.

7.5 Variáveis

7.5.1 Variável dependente

A variável dependente, neste estudo, foi a ocorrência de queda no último ano. A pergunta utilizada para o desfecho foi: “O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)?”. A pergunta foi direcionada ao idoso, porém, para diminuir o viés de recordatório, foi considerada, também, a resposta do respondente substituto/auxiliar. As respostas possíveis foram sim ou não.

7.5.2 Variáveis independentes

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis sociodemográficas			
Sexo	Observada pelo entrevistador	Masculino Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Anos completos	Numérica contínua
Cor da pele ou raça	Observada pelo entrevistador segundo o	Branca Preta	Categórica Nominal

	IBGE	Parda Amarela Indígena	
Situação conjugal	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Com companheiro Sem companheiro	Categórica Nominal
Mora sozinho	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Anos completos e aprovados de estudo	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Segundo codificação dos anos completos de estudo	Numérica Contínua
Aposentado	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim não	Categórica Dicotômica
Trabalha	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Renda Mensal	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	De acordo com o salário mínimo vigente em reais	Numérica Contínua
Presença de doenças			
Tem açúcar alto no sangue ou diabetes	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem pressão alta	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica

Tem problemas de reumatismo ou nas “juntas”	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem osteoporose	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem problemas de coração	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Já teve derrame ou isquemia cerebral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem problema respiratório crônico	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem problema de visão	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tem problema de audição	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Teve hospitalizado (a) nos últimos 12 meses	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Fumante	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Costuma ingerir bebidas alcóolicas	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica

Qual a frequência do consumo de bebida alcoólica	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Raramente Final de semana Diariamente NSA IGN	Categórica Nominal
Realiza atividade laboral	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Questões relacionadas aos fatores extrínsecos às quedas			
Quantas medicações diferentes toma diariamente	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Nenhuma Mais de 4 medicações	Categórica Nominal
Cama alta em relação ao chão	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Grades de proteção na cama	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Presença de tapetes em casa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Piso ou assoalho é escorregadio	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Existem escadas na casa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Escada possui corrimão	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica

	substituto/auxiliar		
Existem barras de apoio no banheiro	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Necessita subir em banco ou cadeira para alcançar algum objeto que esteja guardado em uma prateleira ou armário	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Durante a noite é mantida uma luz acesa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Próximo da cama existe chave de luz	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tipo de calçado costuma usar habitualmente em casa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Pantufa Chinelo Sandália/sapato aberto Sapato Descalço	Categórica Nominal
Faz uso de roupas largas ou compridas	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Quantos cômodos têm a sua casa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Até 3 4 a 6 7 ou mais	Categórica Nominal
Possui um	Referida pelo entrevistado	Sim	Categórica

dormitório somente para o(a) senhor(a)	ou respondente substituto/auxiliar	Não	Dicotômica
Que tipo de transporte utiliza para sair de sua casa	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Carro particular Ônibus Táxi Moto Bicicleta Tração animal/charrete Cavalo Trator	Categórica Nominal
Questões relacionadas presença de queda			
Sofreu queda nos últimos 6 meses	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Sofreu queda no último mês	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Quantas vezes caiu no último mês	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Nenhuma 1 vez 2 a 3 vezes 4 ou mais vezes	Categórica Nominal
Local da queda	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Pátio/quintal Cozinha Dormitório/quarto Sala Lavoura Galpão/estrebria Outro	Categórica Nominal
Em virtude da	Referida pelo entrevistado	Sim	Categórica

queda/quedas necessitou de atendimento de um profissional da saúde	ou respondente substituto/auxiliar	Não	Dicotômica
Em virtude da queda/quedas sofreu algum trauma	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Tipo de trauma	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Contusão muscular Trauma craniano Luxação Escoriação Entorse Fratura	Categórico Nominal
Após a(s) queda(s) ficou com medo de cair	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
O medo de cair fez com que deixasse de realizar alguma atividade	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Possui algum animal de estimação	Referida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	Sim Não	Categórica Dicotômica
Questões com Escalas e Testes			
Déficit Cognitivo	Resultado da Escala do MEEM, segundo a	Sim Não	Categórica Dicotômica

	escolaridade respondida pelo entrevistado		
Sintomatologia Depressiva	Resultado da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) respondida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Auto-percepção da Saúde	Resultado da Escala adaptada por Ramos (1987) respondida pelo entrevistado	Péssima Má Regular Boa Ótima	Categórica Nominal
Frágil, Pré-Frágil e Não frágil	Resultado da Escala da fragilidade segundo Fried et al., (2001) e Nunes et al. (2015) respondida pelo entrevistado ou respondente substituto/auxiliar	0 – Não Frágil 1 – 2 Pré-Frágil 3 ou mais Frágil	Categórica Nominal
Capacidade Funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária	Resultado da Escala de Katz ou respondente substituto/auxiliar	Dependente Dependência parcial Independente	Categórica Nominal
Capacidade Funcional nas Atividades Instrumentais da Vida Diária	Resultado da Escala de Lawton ou respondente substituto/auxiliar	Dependente Dependência parcial Independente	Categórica Nominal

Sonolência Diurna	Resultado da Escala de Sonolência de Epworth respondida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
-------------------	---	------------	-----------------------

Figura 3 – Quadro com as variáveis independentes da pesquisa com idosos da zona rural, Pelotas/RS.

7.6 Cálculo do tamanho da amostra

Por se tratar de um estudo de prevalência e associações, foi necessário o cálculo amostral, o qual foi feito no Epi Info 7.0, para o estudo principal: “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”. Foram utilizados os seguintes parâmetros e estimativas: população total do município de Pelotas - 328.275 habitantes (IBGE, 2010); prevalência estimada do desfecho Síndrome da Fragilidade no idoso - 19,9% (TRIBESS, 2012); nível de confiança de 95% e erro aceitável de três pontos percentuais. Esse cálculo gerou uma amostra necessária de 680 idosos, que, somados a 10% de perdas e recusas e a 10% para controle de fatores de confusão, totalizou 823 idosos para o estudo maior.

Para análise de associações entre exposições e quedas de idosos foram utilizados diferentes valores para a proporção de expostos e não expostos, prevalência de expostos e não expostos e razões de prevalências (AMARAL et al., 2013; TRIBESS; SALMITO, 2012; NUNES, 2011). A amostra necessária para as associações foi estimada em 551 idosos, de modo a alcançar um poder estatístico de, no mínimo, 80%, uma prevalência estimada de 20,9% e nível de significância de 5%, incluindo, ainda, 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, resultando em 698 idosos para o estudo maior.

Para a seleção dos entrevistados da pesquisa principal, primeiramente foi realizado um levantamento do número de idosos (60 anos ou mais) cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural do município de Pelotas, as quais têm ESF, obtendo um total de 2.920 idosos. Posteriormente, definiu-se o número de idosos que seriam necessários de cada UBS em detrimento do número total de

idosos de cada ESF. Após essa etapa, foi feita a seleção dos mesmos por meio de um sorteio do número dos prontuários aleatoriamente, conforme representado na Figura 4.

ESF	Total de Idosos	%	Amostra
Vila Nova	388	13,3%	111
Grupelli	330	11,3%	94
Monte Bonito	182	6,2%	52
Cordeiro de Farias	285	9,8%	82
Osório	256	8,8%	73
Corrientes	252	8,6%	72
Pedreiras	281	9,6%	80
Maciel	275	9,4%	78
Triunfo	245	8,4%	70
Cerrito Alegre	426	14,6%	122
Total	2920	100%	834

Figura 4 - Quadro com o número de idosos da zona rural selecionados de acordo com cada ESF, Pelotas/RS.

Para esta pesquisa, que objetiva avaliar a prevalência de quedas de idosos e fatores associados, utilizou-se uma prevalência estimada de 28,3% de quedas, encontrada na literatura (NASCIMENTO e TAVARES, 2016). Esse cálculo resultou em 288 indivíduos, que, somados a 10% de perdas e a 10% para controle de fatores de confusão, originou uma amostra de 344 idosos. Portanto, o poder estatístico está contemplado na amostra da pesquisa principal sobre fragilidade em idosos (820 entrevistados). Para o cálculo de associações utilizou-se um nível de significância de 95%, poder estatístico de 80% e prevalência de 32,1% do desfecho quedas de acordo com Cruz e colaboradores (2012), conforme explanado na figura a seguir (Figura 5).

Exposição	Nível de significância (%)	RP ajustada	Tamanho da amostra em E	Tamanho da amostra em NE	N (80%)
Sexo feminino	95	1.89	772	479	1251
Presença de morbidade	95	2.58	445	147	592
Presença de osteoporose	95	2.1	630	315	945
Idade 80 anos ou mais	95	2.68	352	158	510

Figura 5 – Quadro do cálculo de tamanho da amostra para estudo de associação entre acidentes por quedas e diferentes exposições.

7.7 Aspectos éticos

O levantamento seguiu os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/12, o qual trata sobre pesquisas com seres humanos, tal como envolveu exclusivamente a realização de entrevistas com questões fechadas, não estando incluído qualquer tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, do mesmo modo que não apresentou riscos físicos aos sujeitos do estudo, e seus benefícios se darão a médio prazo, à medida que os resultados forem servindo para se repensar as estratégias de atendimento das reais necessidades do idoso morador da zona rural.

Inicialmente, foi encaminhada a solicitação de autorização da pesquisa, a qual foi entregue para a Superintendência de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (Apêndice B). Esse documento permitiu o acesso ao cadastro dos idosos vinculados às ESFs da zona rural. Após a organização do estudo

intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade no idoso da zona rural do município de Pelotas/RS”, foi realizado o cadastramento desse documento na Plataforma Brasil, a qual o encaminhou para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo que a coleta dos dados somente ocorreu após a aprovação do projeto pelo comitê sob o número 649.802 (Anexo A).

Ao seguir os preceitos do CEP, teve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em que constam os objetivos do estudo, anonimato, livre acesso aos dados e aos resultados do estudo, bem como a liberdade de o idoso desistir em qualquer momento da pesquisa. Os idosos e/ou seus familiares receberam explicações e foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e, ao concordar, assinaram o TCLE. Após, dava-se seguimento ao estudo com a aplicação do questionário, sempre seguindo os princípios éticos. O TCLE foi assinado pela coordenadora da pesquisa e assinado pelo idoso, em duas vias, e, na impossibilidade da subscrição, foi posta a digital do idoso, cabendo uma via ao participante e a outra à entrevistadora.

Para a utilização de parte do banco de dados da pesquisa “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa rural” foi solicitado consentimento da enfermeira-doutora Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano e da orientadora, a enfermeira professora e doutora Celmira Lange, responsável (Apêndice D), bem como a ciência sobre o compromisso de publicação e divulgação dos resultados em parceria com as autoras do projeto.

Os dados oriundos desta pesquisa serão guardados conforme operacionalização da Resolução 466/2012, Artigo IX.2¹, e, após cinco anos, serão extinguidos.

¹Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

7.8 Logística

Neste tópico da metodologia está descrita a trajetória da logística da pesquisa conduzida com a população idosa que reside na zona rural, a qual abrange desde a elaboração do estudo até o início da divulgação dos resultados.

Em razão de este estudo fazer parte de uma pesquisa principal, a equipe foi composta de duas doutorandas, de três mestrandas e de uma doutora em enfermagem e docente da Faculdade de Enfermagem, que foi a coordenadora e responsável. Todas as pós-graduandas participaram da pesquisa desde o seu início, que se deu com a elaboração dos objetivos de cada uma, e, em seguida, com a confecção de um questionário, o qual englobou todos os demais projetos.

Primeiramente foi realizada uma seleção de acadêmicos da Faculdade de Enfermagem que tinham interesse em se integrar ao grupo e que dispusessem de horários livres para auxiliar na aplicação dos questionários na zona rural. A equipe de coleta contou com dez pessoas, sendo cinco pós-graduandas e cinco acadêmicos de enfermagem. Após esta etapa teve-se uma capacitação, com o intuito de aproximar os integrantes, explanar os objetivos, mostrar a importância da pesquisa para a população idosa e também apresentar o questionário do estudo. Objetivando um aprimoramento da logística e dos instrumentos de coleta de dados foi realizado um estudo piloto pelos graduandos e pós-graduandas. Destaca-se que esses questionários não fizeram parte dos dados finais.

Essa etapa foi primordial para os últimos ajustes do instrumento definitivo (Apêndice E), bem como para a confecção do manual de campo, que teve o objetivo de padronizar a forma de coleta de dados entre os entrevistadores. O Manual de Campo (Apêndice F) abrangeu as instruções gerais para a coleta de dados; orientações sobre a abordagem aos idosos, sobre os questionamentos; e aplicação dos testes, os quais despendiam paciência e tempo dos entrevistadores.

Após a capacitação dos entrevistadores foi entregue um *kit* de coleta de dados formado por identificação do coletador/entrevistador, pasta, manual de campo, lápis, caneta, borracha e apontador; os instrumentos de coleta, assim como os TCLEs, foram impressos em duas vias. Além disso, foram confeccionados

materiais necessários para a realização do Teste Miniexame do Estado Mental, como folha de ofício A4 em branco e folha com o escrito “Feche os olhos”.

Objetivando conhecer previamente o cenário do estudo, as pós-graduandas e a orientadora visitaram as ESFs que fizeram parte da pesquisa. Nesse momento, também foi solicitado auxílio aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na localização das residências dos idosos sorteados e na transmissão da pesquisa a essa população. Com o intuito de não haver resistência ou mesmo receio dos idosos em receber os entrevistadores na sua residência, o levantamento de dados foi divulgado nos meios de comunicação locais, na rádio comunitária, pelo padre nas missas e em casas de comércio. Com o conhecimento do cenário da pesquisa, capacitação dos entrevistadores, manual de campo e questionário prontos, bem como com todas as autorizações concedidas, iniciou-se a coleta de dados.

Com o intuito de se ter uma pesquisa financiada, esta foi inscrita em dois editais de financiamento, porém, não se obteve resposta positiva, sendo, desta forma, custeada pelas responsáveis pelo estudo.

Para uma melhor organização da pesquisa cada pós-graduada ficou responsável por uma atividade, como impressão de instrumentos e TCLE, anotação e controle dos questionários distribuídos, recebimento dos preenchidos e revisão destes, organização do livro caixa, escala de ida ao campo, bem como o horário e local de embarque, entre outras tarefas que são importantes na realização de um trabalho organizado.

7.9 Instrumento de coleta de dados

Com a desígnio de englobar os objetivos de cada projeto, foi construído um instrumento com 224 questões fechadas, de escolha simples ou múltipla, agrupadas em blocos temáticos. Para essa pesquisa, foi utilizado do banco de dados os seguintes itens: questões demográficas, socioeconômicas, situação de saúde, escalas e testes, com o objetivo de responder à questão norteadora, num total de 133 questões (Apêndice E).

Abaixo, serão descritas as questões que serão utilizadas, bem como especificadas as escalas, seus pontos de corte, validação e importância dentro do estudo.

As questões provenientes do questionário para esta pesquisa foram construídas com base na relação com o evento queda de idoso, obtidas por meio de estudos sobre o tema.

Desta forma, serão utilizados:

- **Questões socioeconômicas:** renda (salário mínimo), escolaridade, trabalho, profissão.
- **Questões comportamentais:** ser fumante, tempo de exposição ao cigarro e ingestão de bebida alcoólica, bem como sua frequência.
- **Questões demográficas:** sexo, idade (60-69 anos; 70-79 anos; 80-89 anos; 90 anos ou mais), cor da pele, situação conjugal, se mora sozinho.
- **Problemas de saúde:** uso de medicamentos, presença de HAS, DM, osteoporose, reumatismo, cardiopatias, pneumopatias, problemas gástricos, auditivos e visuais.
- **Ocorrência de queda:** em que o idoso foi questionado sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, de resposta dicotômica (sim ou não). Caso o idoso respondesse positivamente, era questionado sobre presença de queda em seis meses e no último mês. Os idosos que sofreram queda foram questionados sobre local da queda, presença de trauma, quedas frequentes, medo de cair.
- **Fatores estruturais:** cama (alta ou baixa em relação ao solo), grades de proteção na cama, presença de tapetes, tapetes aderentes ou não, escadas, barras de apoio, tipo de calçado, roupas largas ou compridas, cômodos da casa, tipo de transporte, animal doméstico, entre outros.

Para avaliar o nível cognitivo, a autopercepção da saúde, as ABVDs, as AIVDs, os sintomas depressivos e a sonolência diurna excessiva, foram utilizadas as seguintes escalas e testes com seus respectivos pontos de corte:

➤ **Variável:** nível cognitivo do idoso

Metodologia de coleta de dados: Teste do Miniexame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), e validado no Brasil por Bertolucci (1994). Esse teste foi respondido pelo idoso sem a interferência de outra pessoa. A aplicação dessa avaliação fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e praxia visuoestrutural. Cada uma dessas categorias foram planejadas com o objetivo de analisar as funções cognitivas específicas por meio de pontuação, cujo escore pode variar de zero (0) até trinta (30) pontos, em que zero indica o maior grau de comprometimento cognitivo e 30 a melhor capacidade cognitiva dos indivíduos. O ponto de corte utilizado para definir alterações no estado mental do paciente, neste estudo, varia de acordo com os anos de escolaridade, sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

- a) Analfabetos: 19 pontos;
- b) Um a três anos de escolaridade: 23 pontos;
- c) Quatro a sete anos de escolaridade: 24 pontos;
- d) Mais de sete anos de escolaridade: 28 pontos.

➤ **Variável:** autopercepção de saúde.

Metodologia de coleta de dados: avaliação da autopercepção da saúde. Teste realizado diretamente com o idoso sem interferência ou ajuda do respondente substituto. Para a realização desse exame, foram aplicadas quatro questões referentes à situação de saúde atual do idoso:

- a) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é?
- b) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o(a) senhor(a) diria que sua saúde?
- c) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é?
- d) Se precisar de cuidados, o(a) senhor(a) tem alguém que possa lhe cuidar?

➤ **Variável:** nível de dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

Metodologia de coleta de dados: no presente estudo, optou-se por utilizar a escala de Lawton e Brody (1969). Essa escala avalia o desempenho funcional do idoso nas atividades instrumentais da vida diária, sendo: usar o telefone, ir a lugares distantes, fazer compras, preparar a sua própria refeição e arrumar a casa. Nesta pesquisa serão considerados:

- a) Independentes: 27 pontos;
- b) Dependência parcial: 26-18 pontos;
- c) Dependente: menos de 18 pontos.

➤ **Variável:** nível de dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD).

Metodologia de coleta de dados: no presente estudo, optou-se por utilizar a escala de Katz e Akpom (1976). Essa escala avalia a independência no desempenho de seis funções: banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, incontinência e alimentação. A avaliação da capacidade funcional nas atividades básicas da vida diária será por meio de:

- a) Independente: relataram necessidade de ajuda em zero atividade;
- b) Dependência leve/moderada: necessidade de ajuda em 1 a 3 atividades;

- c) Dependentes: quando relataram necessidade de ajuda em 4 a 6 atividades.

➤ **Variável:** presença de Sintomas Depressivos.

Metodologia de coleta de dados: Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) de 15 itens com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana (BRASIL, 2006). Essa escala tem o objetivo de verificar a presença de sintomas depressivos, e a questão foi respondida pelo idoso sem intervenção de outra pessoa. Nesta pesquisa será considerado:

- a) 0 a 5: normal;
- b) 6 a 10: sintomas depressivos leves;
- c) 11 a 15: sintomas depressivos severos.

➤ **Variável:** presença de Sonolência Diurna Excessiva (SDE).

Metodologia de coleta de dados: no presente estudo, optou-se por utilizar a Escala de Sonolência de Epworth, validada no Brasil por Bertolazi et al. (2009). A Sonolência Diurna Excessiva (SDE) é definida como o aumento da propensão para dormir em circunstâncias nas quais o indivíduo afetado e outros considerariam inapropriadas. É um instrumento válido e confiável para a avaliação da sonolência diurna, respondida pelo idoso; apresenta seis questões que analisam a sonolência em quatro graus, a citar:

- a) 0: nunca cochilaria;
- b) 1: pequena probabilidade de cochilar;
- c) 2: probabilidade média de cochilar;
- d) 3: grande probabilidade de cochilar.

7.10 Controle de qualidade

O controle de qualidade da pesquisa se deu em várias fases, iniciando-se na construção do instrumento de coleta de dados, com ênfase em responder aos objetivos da pesquisa, consulta ao manual para elucidar quaisquer dúvidas referentes ao questionário, da capacitação dos entrevistadores, do teste piloto, bem como com a reentrevista a 3% dos idosos por meio de contato telefônico. A proposta inicial era reentrevistar 10%, porém, por precariedade de sinal/antena de telefone celular, essa meta foi impossível de ser atingida. Essa última etapa teve o intuito de confirmar alguns dados referidos pelo participante no momento da entrevista, confirmando a veracidade dos dados.

7.11 Construção do banco de dados

Durante o período da coleta, os questionários foram revisados pelas pesquisadoras. Após, foram digitados no Epi Info 6.5d e, posteriormente, transferidos para o Stata[®] 11.1. Os dados passaram por dupla digitação de digitadores independentes. Estes foram analisados quanto à consistência, e os erros foram corrigidos por meio da consulta aos questionários físicos até atingir 100% de concordância entre as digitações.

7.12 Análise dos resultados

A análise dos dados foi conduzida no programa Stata[®], versão 11.1 (STATA Corp, College Station, Estados Unidos). Após checagem de inconsistências, foi realizada análise para caracterização da amostra. Na estatística descritiva, incluiu-se a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%). Ademais, com o objetivo de investigar a associação entre as variáveis que compõem o perfil dos idosos e queda, foram feitos os testes estatísticos.

Em seguida, foram conduzidas análises bivariadas por meio de testes (Teste Qui-quadrado e Exato de Fischer) para amostras independentes, com um nível de confiança de 95%, ajustado por intermédio da correção pelo efeito do desenho. Foram incluídas, nas análises múltiplas hierarquizadas, somente as variáveis que apresentaram nível de significância (valor-p) de 5% ($p < 0,05$).

7.13 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados primeiramente na defesa da tese de doutorado; após, em eventos científicos, grupos de pesquisas, da mesma forma que serão transformados em artigos científicos e encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e afins. Pretende-se, também, explanar os resultados ao gestor de saúde do município, com o intuito de difundir conhecimento e dados relevantes para a construção de ações e políticas públicas que atendam às necessidades dessa população.

8 Cronograma

Este item é a representação gráfica das atividades e tempo investidos para a construção da Tese de Doutorado (Figura 6).

Plano de ação/ Semestre	2014 1 sem	2014 2 sem	2015 1 sem	2015 2 sem	2016 1 sem	2016 2 sem	2017 1 sem	2017 2 sem
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhamento de artigos científicos para publicação			X	X	X	X	X	X
Encaminhamento do projeto maior ao Conselho de Ética em Pesquisa	X							
Organização dos objetivos desta pesquisa	X							
Elaboração do Projeto de Tese	X	X	X	X	X	X	X	
Início da pesquisa	X							
Capacitação dos entrevistados	X							
Teste piloto	X							
Coleta de dados	X	X						
Construção do banco de dados		X						
Digitação dos dados/validate		X	X					
Qualificação do projeto de Tese							X	
Seleção de dados do banco					X	X	X	
Análise dos dados							X	X
Elaboração do relatório do trabalho de campo						X	X	X
Construção dos artigos de sustentação					X	X	X	X
Realização da Pró-forma								X
Defesa da Tese								X

Figura 6 – Quadro com as etapas da pesquisa com idosos rurais, Pelotas/RS, 2014.

9 Recursos envolvidos

9.1 Recursos humanos

Os recursos humanos envolvidos nesta pesquisa foram: pesquisadora, entrevistadores voluntários, revisor de português, tradutor de inglês e espanhol e estatístico.

9.2 Recursos materiais

Materiais	Quantidade	Custo total em R\$	Justificativa
Lápis	10	20,00	Preenchimento da codificação do questionário
Borracha	10	50,00	Apagar quaisquer erros
Caneta	10	30,00	Assinaturas no TCLE, bem como marcação nos questionário
Apontador	10	50,00	Apontar os lápis
CD	30	42,00	Arquivar os dados da pesquisa
Pen-drive	10	200,00	Arquivar os dados da pesquisa, bem como materiais para impressão
Cartucho de tinta	20	500,00	Impressão de trabalhos oriundos da pesquisa
Livros periódicos	4	2.400,00	Enriquecer os trabalhos da pesquisa
Folhas de ofício A4	4000	640,00	Impressão de artigos científicos para construção da pesquisa
Combustível	1000 litros	3.390,00	Transporte para coleta dos dados
Poster/Banner	10	200,00	Apresentar os dados da pesquisa em eventos científicos.
Alimentação	300	3.200,00	Durante a coleta de dados.
Impressão do projeto de tese	8	1.000,00	Volume entregue a banca examinadora.
Conserto carro		3.000,00	Oriundos das idas a campo para coleta de dados.
Transporte ônibus	60	500,00	Passagens para os acadêmicos se

			deslocarem até o ponto de encontro para a coleta de dados.
Viagens eventos	3	1.500,00	Ida a eventos científicos para apresentação dos dados da pesquisa.
Impressão da Tese	5	600,00	Impressão do volume final da tese destinado a banca examinadora.
Total	17.362,00		

Figura 7 – Quadro com os materiais necessários e orçamento para confecção da pesquisa.

OBS.: Os gastos referentes à pesquisa foram custeados pela pesquisadora.

10 Publicações

Apresentam-se aqui as primeiras publicações da pesquisa com idosos residentes na zona rural vinculados à ESF. Primeiramente, foi veiculada uma nota no jornal de circulação local Diário Popular, em que se apresentaram os dados da pesquisa principal (Publicação 1). Posteriormente, as pós-graduandas confeccionaram um artigo científico sobre a logística da pesquisa, o qual foi publicado na Revista Journal of Nursing and Health, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Publicação 2). As demais publicações se darão na defesa da tese de doutorado e posteriormente.

10.1 Publicação 1

LANGE, C; CASAGRANDA, LP.; CASTRO, DSP; PINTO, AH; LLANO, PMP; SANTOS, F; BESSA, J.M. O mapa da saúde do idoso. Diário Popular, Pelotas, p. 2 - 3, 27 out. 2015.

10.2 Publicação 2

LLANO , PMP; LANGE, C; CASAGRANDA, LP; SANTOS, F dos; CASTRO, DSP; PINTO, AH; BÓRIO, T da C. Experiência de pesquisa desenvolvida com idosos residentes na zona rural. J Nurs Health. 2015; 5 (2): 153-61.

10.3 Publicação 3 – Acidentes por quedas e seus fatores associados.

10.4 Publicação 4 – Proposta de Algoritmo de prevenção de acidentes por quedas na população idosa rural.

10.5 Publicação 5 – Presença de Sonolência Diurna Excessiva em idosos que sofreram quedas na zona rural.

10.6 Publicação 6 – Atividades básicas da vida diária e os acidentes por quedas na população idosa rural.

10.7 Publicação 7 – Associação entre sintomatologia depressiva por meio da Escala GDS-15 e acidentes por quedas.

Referências

- ALBUQUERQUE Juliana Peixoto. **Prevalência e fatores associados à queda de idosos atendidos por um serviço de atenção domiciliar privado**. 2014. 113f. Dissertação [Mestrado], Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ALMEIDA, S.T. de; SOLDERA, C.L.C.; CARLI, G.A. de; GOMES I. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 58 (4):427-433, 2012.
- AMARAL, F.L.J.S.; GUERRA, R.O.; NASCIMENTO, A.F.F.; MACIEL, A.C.C. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1835-46, 2013.
- ANTES, D.L.; D'ORSI, E.; BENEDETTI, T.R.B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *EpiFloripa Idoso* 2009. *Rev. Bras. Epidemiol.* 16 (2): 469-81, 2013.
- ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Mortalidade por queda em idosos: estudo de série temporal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 18 (4): 769-778, 2015.
- AVEIRO, M.C.; DRIUSSO, P.; BRAHAM, E.J.; PAVARINI, S.C.I.; OISHI, J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (9): 2481-2488, 2012.
- BATTISTELLA, L.R.; ALFIERI, F.M. **Unidade de quedas: uma possibilidade de prevenção de quedas em idosos**. *ACTA FISIATR.* 18 (1): 45-48, 2011.
- BERTUZZI, D.; PASKULIN, L.G.M.; MORAIS, E.P. de. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, Jan-Mar; 21 (1): 158-66, 2012.
- BELTRAME, V.; CADER, A.S.; CORDAZZO, F.; DANTAS, E.H.M. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* vol. 15 n.2, Rio de Janeiro, 2012.
- BERTOLAZI, A.N.; FAGUNDES, S.C.; HOFF, L.S.; PEDRO, V.D.; BARRETO, S.S.M.; JOHNS, M.W. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*, 35 (9): 877-83, 2009.
- BÓS, A.J.G.; MIRANDOLA, A.R.; LEWANDOWSKI, A.; SCHIRMER, C. Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Escola de

Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 356 p. 2015.

BRITO, T.A.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R. da S.; JESUS, C.S. de. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, Jan-Mar; 22 (1): 43-51, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento da Pessoa Idosa. 1 ed. Brasília: Brasil, 2006. 192p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 15 janeiro 2015.

CAVALCANTE A, L.P.; AGUIAR, J.B. de; GURGEL, L.A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. Rev. Bras. Gerontol., Rio de Janeiro, 15 (1): 137-146, 2012.

CEVIZCI, S.; ULUOCAK, S.; ASLAN, C.; GÖKULU, G.; BILIR, O.; BAKAR, C.; Prevalence of falls and associated risk factors among aged population: community based cross-sectional study from Turkey Cent Eur J Public Health, 23 (3): 233-239, 2015.

CHIANCA, C.M.; ANDRADE, C.R. de; ALBUQUERQUE, J.; WENCELAU, L.C.C.; TADEU, L.F.R.; MACIEIRA, T.G.R.; ERCOLE, F.F. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte - MG Rev. Bras. Enferm., Brasília, Mar-Abr; 66 (2): 234-40, 2013.

CRUZ, D.T. da; CRUZ, F.M. da; RIBEIRO, A.L.; VEIGA, C.L. da; LEITE, I.C.G. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, 23 (4): 386-393, 2015.

CRUZ, D.T. da; RIBEIRO, L.C.; VIEIRA, M. de T.; TEIXEIRA, M.T.B.; BASTOS, R.R.; LEITE I.C.G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev. Saúde Pública, 46 (1): 138-46, 2012.

DEL DUCA, G.F.; ANTES, D.L.; HALLAL, P.C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Rev. Bras. Epidemiol., 16 (1): 68-76, 2013.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A. de M.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A. de O.; Braga P.E. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional - SABE Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 (3): 522-532, mar, 2014.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A. de M.; DUARTE, Y.A.; LEBRÃO, M.L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE) Cad Saúde Pública, 29:325-34, 2013.

FERREIRA, P.C. dos S; TAVARES, D.M. dos S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural Rev. Esc. Enferm. USP; 47 (2): 401-7, 2013.

FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. Fisioter Mov, Set/Dez; 26 (4): página 753-62, 2013.

FHON, J.R.S.; ROSSET, I.; FREITAS, C.P.; SILVA, A.O.; SANTOS, J.L.F.; RODRIGUES, R.A.P. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. Rev. Saúde Pública, 47 (2): 266-73, 2013.

FHON, J.R.S.; WEHBE, S.C.C.F.; VENDRUSCOLO, T.R.P.; STACKFLETH, R.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20(5), Set-Out 2012.

FOCCHESATTO, A.; ROCKETT, F.C.; PERRY, I.D.S. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 18 (4): 779-795, 2015.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician J Psychiatr Res, 12 (3):189-198, 1975.

GASPAROTTO, L.P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 17 (1): 201-209, 2014.

GAI, J.; GOMES, L.; NÓBREGA, O.T.; RODRIGUES, M.P. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. Rev. Assoc. Med. Bras., Mar; 56 (3): 327-32, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras., 56 (2): 162-7, 2010.

GUBEL, Vanessa Maria Camargo Andrade Ribeiro. **Relação entre quedas e fragilidade em idosos da comunidade - dados do FIBRA – Unicamp**. 2012, 80f. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2012.

HEITOR, S.F.D.; RODRIGUES, L.R.; TAVARES, D.M. dos S. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, Jan-Mar; 22 (1): 79-88, 2013.

HELGADOTTIR, B.; MOLLER, J.; LAFLAMME, L. Patterns in health-related behaviours and fall injuries among older people: a population-based study in Stockholm County, Sweden Age and Ageing, 44: 604-610, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Censo 2010 Rio de Janeiro. Disponível

em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipios.htm Acesso em 10 de agosto de 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções 2014. Rio de Janeiro Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4314407> Acesso em 14 de março de 2017.

KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions *Int J Health Serv*, 6 (3): 493-508, 1976.

LAMENCA, B.S.; LÓPEZ, S.A.; LARREA, L.C.; FERRER, C.N.; LABANDA, R.M. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno Gerokomos, 27 (1): 2-7, 2016.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living *Gerontologist*, 9 (3): 179-186, 1969.

LIGNANI, L.O.; VILLELA, L. de C.M. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010 Epidemiol Serv. Saúde, Brasília, 22 (2): 225-234, Abr/Jun, 2013.

LIMA, R.S.; CAMPOS, M.L.P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência Rev. Esc. Enferm USP vol45 n.3 São Paulo - June, 2011.

LO, A.X.; BROWN, C.J.; SAWYER, P.; RICHARD, E.; KENNEDY, R.E.; ALLMAN, R.M. Life-Space Mobility Declines Associated with Incident Falls and Fractures *J Am Geriatr Soc*, May; 62 (5): 919-923, 2014.

MENEZES, C.; VILAÇA, K.H.C.; MENEZES, R.L. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata Rev. Bras. Oftalmol., 75 (1): 40-4, 2016.

MESCHIAL, W.C.; SOARES, D.F.P. de P.; OLIVEIRA, N.L.B. de; NESPOLLO, A.M.; SILVA, W.A. da; SANTIL, F.L. de P. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero Rev. Bras. Epidemiol. Jan-Mar, 3-16, 2014.

MORRIS, T.; OSBORNE, D.; HILL, K.; KENDING, H.; LUNDGREN-LINDQUIST, B.; BROWNING, C.; REID, J. Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home [Aust J Physiother](#) 50(3):153-9, 2004.

MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. 17 (2):374-83, 2008.

Ministério da Saúde Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012
Disponível em:

http://bvs.msssaude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The world health report 1997 - conquering suffering, enriching humanity Disponível em:

<http://www.who.int/whr/1997/es/> Acesso em 25 de maio de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Rev. São Paulo: EDUSP; 1998.

NASCIMENTO, J.S.; TAVARES, D.M. dos S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. Texto Contexto Enferm., 25(2), 2016.

NUNES, D.P. Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE. Dissertação [Mestrado], 2011, 115f, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PAGLIOSA, L.C.; RENOSTO, A. Effects of a health promotion and fall prevention program in elderly individuals participating in interaction groups Fisioter Mov, Curitiba, v 27, n 1, p 101-109, Jan/Mar 2014.

PEGORARI, M.S.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M. de F.; TAVARES, D.M. dos S. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida Rev. Educ. Fís./UEM, v 26, n.2, p 233-241, 2º trim. 2015.

PEREIRA, A.A.; CEOLIN, M.F.; NERI, A.L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (3); 535-546, Mar 2013.

PEREIRA, J.K.; FIRMO, J.O.A.; GIACOMIN, K.C. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade Ciência & Saúde Coletiva, 19 (8): 3375-3384, 2014.

REIS, K.M.C. dos; JESUS, C.A.C. de. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov-Dez 23(5): 1130-8, 2015.

RIGO I.I.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), Jun; 31 (2): 254-61, 2010.

RODRIGUES, I.G.; FRAGA, G.P.; BARROS, M.B. de A. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* Jul-Set, 705-718, 2014.

RODRIGUES, J.; CIOSA, K.S.I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(6):1400-5, 2012.

ROSA, M.S.T.; MORAES, A.B. de; PERIPOLLI, A.; FILHA, V.A.V.S. Perfil dos idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 18 (1): 59-69, 2015.

SALMITO, [Marjorie Coelho de Araújo](#). Associação entre equilíbrio, marcha e síndrome da fragilidade em idosos residentes em área urbana. 2012. 94f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SANTOS, E.A.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L.R.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C.S. Morbidity and quality of life of elderly individuals with diabetes mellitus living in urban and rural areas. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47 (2): 393-400, 2013.

SANTOS, Fernanda dos. Fratura de fêmur: causas e perfil dos idosos hospitalizados em Pelotas/RS, Brasil. 2012. 115f. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, 2012.

SILVA, E.F. da; PANIZ, V.M.V.; LASTE, G.; TORRES, I.L. da S. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (4):1029-1040, 2013.

SILVA, N.S.M. da; LOPES, A.R.; MAZZER, L.P.; TRELHA, C.S. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR) *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), pp141-151, 2014.

SOARES, W.J. de S.; MORAES, A.S. de; FERRIOLLI, E.; PERRACINI, M.R. Fatores associados quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 17 (1):49-60, 2014.

SUKUMAR D.W.; HARVEY L.A.; MITCHELL R.J.; CLOSE J.C. O impacto da localização geográfica nas tendências nas taxas de hospitalização e resultados para lesões relacionadas com a queda em pessoas mais velhas. *Aust NZ J Public Health*. 2016; 40:342-8.

TAGUSHI, C.K.; GOIS, A.P. de; SOUZA I.A.H.; SILVA, G.M.B.M.; TEIXEIRA, J.P.; RAPOSO, O.F.F. Equilíbrio funcional e orientado em idosos institucionalizados [Med reabil](#); 34(3):63-67, Set-Dez, 2015.

TAVARES, D.M. dos S.; PAIVA, M.M. de; DIAS, F.A.; DINIZ, M.A.; MARTINS, N.P.F. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mar-Abr, 21 (2), 2013.

TAVARES, D.M. dos S.; FACHINELLI, A.M.P.; DIAS, F.A.; BOLINA, A.F.; PAIVA, M.M. de. Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v 29, n 4, p 361-371, Out/Dez, 2015.

TOMITA, Y.; ARIMA, K.; KANAGA, E.; OKABE, T.; MIZUKAMI, S.; NISHIMURA, T.; ABE, Y.; GOTO, H.; HORIGUCHI, I.; AOYAGI, K. Association of Physical Performance and Pain With Fear of Falling Among Community-Dwelling Japanese Women Aged 65 Years and Older Medicine - Volume 94, Number 35, September, 2015.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; OLIVEIRA, R.J. de. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. Revista da Associação Médica Brasileira, v58, n.3, p341-7, 2012.

II Relatório de Trabalho de Campo

Relatório de campo

Descreve-se aqui, o relatório de campo do estudo Prevalência de quedas e fatores associados na população idosa rural, o qual faz parte de um projeto intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”, sob a coordenação da Enfermeira-Doutora Celmira Lange, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Este estudo surgiu do interesse comum em realizar uma pesquisa consorciada com cinco pós-graduandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Da mesma forma que essa aspiração se deu com o intuito de fazer um trabalho inédito na região, ou seja, com a população rural, que é pouco pesquisada, apresentando uma lacuna na literatura científica ainda. Entende-se que pesquisar na zona rural despenderia valores econômicos e pessoais maiores do que na zona urbana, entre outros fatores, os quais possibilitam maior número de estudos nesse meio à aquele. Antes da escolha da população a ser averiguada, realizou-se uma reunião para traçar os objetivos do levantamento, momento em que cada pós-graduada revelou seus objetivos, sendo, então, organizados no projeto. Após essa etapa, cada membro da equipe decidiu qual seria seu desfecho, bem como organizou suas variáveis.

Construiu-se, desta forma, um estudo transversal de uma amostra representativa da população idosa que reside na zona rural do município de Pelotas, localizado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul. A equipe foi formada por seis membros, sendo duas doutorandas, três mestrandas e uma doutora em enfermagem e docente da Faculdade de Enfermagem, a qual foi a coordenadora e responsável. Todas as pós-graduandas participaram do trabalho desde o seu início, que se deu com a elaboração dos objetivos de cada uma, e, na sequência, a confecção de um questionário, o qual englobou todos os projetos.

Em termos históricos, no ano de 1812, Pelotas era um distrito criado com a denominação de São Francisco de Paula, após foi elevada à categoria de vila com a denominação de São Francisco de Paula em 1830, desmembrada então do município de Rio Grande. Sendo elevada à condição de cidade com a denominação de Pelotas,

cinco anos depois. Definindo-se pelotense o seu gentílico e localizando-se na região sul do Rio Grande do Sul, Pelotas localiza-se às margens do Canal São Gonçalo, que liga as Lagoas dos Patos e Mirim, as maiores do Brasil. Está localizado a 250 quilômetros da capital do Estado tendo uma área territorial de 1.610,084 quilômetros quadrados (IBGE, 2014).

Sobre a economia, o município de Pelotas era considerado a verdadeira capital econômica da província, em meados de 1840, em decorrência da grande expansão das charqueadas, vindo a se envolver em todas as grandes causas cívicas. Tem a segunda maior concentração de curtumes do Estado e uma das maiores capacidades curtidoras de couro e peles do Brasil. Também tem tradição na cultura do pêssego e aspargo, sendo a produção de leite o grande destaque na pecuária, constituindo-se na maior bacia leiteira do Estado. Apresenta um comércio ágil e diversificado, com serviços especializados e empresas de pequeno, médio e grande portes, tendo um salário médio mensal de 2,80 salários mínimos (IBGE, 2011).

Em relação à população, atualmente é o terceiro município mais populoso do Estado, com uma população total de 328.275 habitantes, dos quais, 15,1% são idosos, ou seja, têm 60 anos ou mais, sendo a maioria do sexo feminino. Do total da população idosa residente no município, 7,4% estão localizados na zona rural, conceituada como aquela situada externamente ao perímetro urbano de um distrito (IBGE, 2011).

Sobre a saúde, o município de Pelotas conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 12 estão localizadas na zona rural, e, destas, dez apresentam a modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF). Fizeram parte do estudo as UBSs: Osório, Vila Nova, Maciel, Triunfo, Pedreiras, Grupelli, Cerrito Alegre, Corrientes, Monte Bonito e Cordeiro de Farias (Figura 8).



Figura 8 - Mapa do município de Pelotas/RS com a localização das UBS/ESF, em que foram coletados os dados. Fonte: Google Maps adaptado (2014)

Visando a um conhecimento prévio da realidade da população que vive na zona rural do município de Pelotas, como estradas, meios de locomoção, agricultura, procura de serviços de saúde, conhecimento dos profissionais que trabalham nas ESFs, entre outros, realizou-se uma visita técnica às UBSs eleitas para o estudo (Figuras 9, 10 e 11).

Momento rico em descobertas e características típicas da zona rural, como, por exemplo, distâncias entre as residências, meios de transporte, sendo trator, carroça de bois e outras peculiaridades expostas nessa região do município. Foram detalhes que fizeram a diferença em compor as questões do estudo, uma vez que seria necessário adaptar as perguntas à realidade da população pesquisada. Um exemplo disso é o local de ocorrência das quedas, em que foi colocada como opção a estrebaria, a lavoura, entre outros.



Figura 9 – Foto da Unidade de Saúde Colônia Maciel, município de Pelotas/RS, 2014
Fonte: Santos, 2014



Figura 10 – Foto da Unidade de Saúde Cordeiro de Farias, município de Pelotas/RS, 2014. Fonte: Santos, 2014

Nesse momento, também foi solicitado auxílio aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na localização das moradias dos idosos sorteados e na divulgação da pesquisa a essa população. Com o intuito de minimizar a resistência ou mesmo receio dos idosos em receber os entrevistadores na sua residência, o trabalho foi divulgado nos meios de comunicação locais, como em rádio comunitária; pelo padre, nas missas e em casas de comércio. Ao final da coleta de dados, alguns resultados foram noticiados no jornal Diário Popular de Pelotas e em algumas UBS que fizeram parte do levantamento.



Figura 11 - Foto da zona rural do município de Pelotas/RS, 2014

Fonte: Santos, 2014

Após breve contato com a população e região a ser pesquisada, foram organizadas as questões que iriam compor o instrumento de coleta de dados, que foi construído contendo 224 questões fechadas, de escolha simples ou múltipla, agrupadas em blocos temáticos. Para essa pesquisa, foram utilizados os seguintes itens: questões demográficas, socioeconômicas, situação de saúde, escalas e testes, com o objetivo de responder à questão norteadora, num total de 133 perguntas.

A preparação para a coleta de dados foi iniciada com a escolha dos demais membros que compuseram a equipe. Desta forma, foi realizada uma seleção de acadêmicos da Faculdade de Enfermagem que tinham interesse em se integrar ao grupo e que dispusessem de horários livres para auxiliar na aplicação dos questionários na zona rural. Em razão da aproximação e do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem com os idosos, estes foram escolhidos para auxiliar o pesquisador na coleta dos dados.

O grupo de coleta contou com dez pessoas, sendo cinco pós-graduandas e cinco acadêmicos de enfermagem, conforme mostra a Figura 12, na qual constam alguns membros da equipe de coletadores. Com o grupo formado, foi realizada uma capacitação com o intuito de aproximar os integrantes, explanar os objetivos, mostrar a importância da pesquisa, bem como apresentar o questionário do estudo.



Figura 12 – Foto de alguns membros da equipe de coletadores e pós-graduandas da pesquisa com idosos da zona rural do município de Pelotas/RS, 2014. Fonte: Santos, 2014

Com o intuito de aperfeiçoar a logística e os instrumentos de coleta de dados foi realizado um estudo piloto pelos graduandos e pós-graduandas. Esse teste buscou adaptar as perguntas a uma linguagem de fácil entendimento dos entrevistados. A relevância dessa etapa corrobora para obter uma análise final do instrumento de avaliação, destacar o desempenho de cada entrevistador, o tempo gasto para a aplicação do questionário, assim como identificar dificuldades durante a

aplicação deste. O teste foi submetido a idosos moradores da zona rural do município de Pelotas que procuram, por alguma razão, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Pelotas (STR), com sede na área urbana do município. Destaca-se que esses questionários não fizeram parte dos dados finais.

Essa etapa foi primordial para os últimos ajustes do instrumento definitivo, bem como para a confecção do manual de campo, que teve o objetivo de padronizar a forma de coleta de dados entre os entrevistadores. O manual de campo abrangeu as instruções gerais para o recolhimento de dados, orientações sobre a abordagem aos idosos, sobre os questionamentos e aplicação dos testes, os quais despendiam paciência e tempo dos entrevistadores.

Em etapa anterior, havia sido encaminhada a solicitação de autorização da pesquisa, a qual foi entregue para a Superintendência de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Esse documento permitiu o acesso ao cadastro dos idosos vinculados às ESFs da zona rural. Após a organização da pesquisa intitulada “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”, foi realizado o cadastramento desta na Plataforma Brasil, a qual a encaminhou para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A coleta dos dados somente ocorreu após a aprovação do projeto pelo comitê sob o número 649.802. Ao seguir os preceitos do CEP, teve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que constam os objetivos do estudo, anonimato, livre acesso aos dados e aos resultados do levantamento, bem como a liberdade de o idoso desistir a qualquer momento da pesquisa. Os idosos e/ou seus familiares receberam explicações e foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, ao concordar, assinaram o TCLE. Após, dava-se seguimento ao estudo com a aplicação do questionário, sempre seguindo os princípios éticos. O TCLE foi assinado pela coordenadora da pesquisa e assinado pelo idoso, em duas vias, e, na impossibilidade deste, foi assinado pelo responsável do idoso, cabendo uma via ao participante e a outra à entrevistadora.

Após a capacitação dos entrevistadores, foi entregue um *kit* de coleta de dados composto de identificação do coletador/entrevistador, carta de apresentação do coletador, pasta, manual de campo, lápis, caneta, borracha e apontador; os

instrumentos de coleta, assim como os TCLEs, foram impressos em duas vias. Além disso, foram confeccionados materiais necessários para a realização do Teste Miniexame do Estado Mental (FOLSTEIN M, FOLSTEIN S e MCHUGH P, 1975).

Após o conhecimento do cenário da pesquisa, capacitação dos entrevistadores, manual de campo e questionário prontos, bem como com todas as autorizações concedidas, iniciou-se a coleta de dados. Os questionários foram aplicados na residência do entrevistado ou mesmo na lavoura, sempre procurando um ambiente tranquilo e confortável para a entrevista. A aplicação do questionário variou de 45 minutos a uma hora e 15 minutos em toda a coleta. Este período variou devido a fatores como interrupções de familiares, vizinhos, presença de déficit cognitivo e auditivo do idoso, horário de refeições, entre outros. Os idosos foram extremamente receptivos e acolhedores com os coletadores, evidenciando poucas recusas.

Neste sentido, cabe salientar que a população rural em geral mostrou-se prestativa a auxiliar os coletadores, tanto quando se necessitava chegar até o próximo idoso ou quando um carro apresentava problemas, como atolar, devido ao acúmulo de barro nas estradas, pois a coleta ocorreu num período de muita chuva. Em todo o tempo obteve-se a assistência da população local.

A coleta de dados perdurou por cinco meses, de julho a novembro de 2014, representando, aproximadamente, oito mil quilômetros rodados, visto que a zona rural localiza-se distante da área urbana do município. Somou, ao final, 50 dias de ida a campo, totalizando 1.930 horas de entrevistas e codificação dos questionários.

Com o intuito de se ter uma pesquisa financiada, esta foi inscrita em dois editais de financiamento, porém, não se obteve resposta positiva, sendo, desta forma, custeada pelas responsáveis pelo estudo. Mensalmente, cada pós-graduanda e orientadora contribuía com uma quantia monetária preestabelecida, que era usada nos gastos com o trabalho, que incluía refeições dos acadêmicos, impressão, combustível, entre outros.

Objetivando a divisão das tarefas e melhor organização do andamento do estudo, cada pós-graduanda ficou responsável por uma atividade. Teve-se a impressão de instrumentos e TCLE, anotação e controle dos questionários

distribuídos, recebimento dos preenchidos e revisão destes, organização do livro-caixa, escala de ida a campo, bem como o horário e local de embarque, entre outras tarefas que são importantes na realização de um trabalho organizado.

O controle de qualidade da pesquisa se deu em várias fases, iniciando-se com a construção do instrumento de coleta de dados, com ênfase em responder aos objetivos da pesquisa, bem como consulta ao manual para elucidar quaisquer dúvidas referentes ao questionário. Da mesma maneira que a capacitação dos entrevistadores, realização do teste piloto, e a reentrevista com 3% dos idosos por meio telefônico foram essenciais no sucesso da pesquisa. A proposta inicial era reentrevistar 10%, porém, por precariedade de sinal/antena de telefone celular, essa meta foi impossível de ser atingida. Essa última etapa teve o intuito de confirmar alguns dados referidos pelo participante no momento da entrevista, confirmando a veracidade dos mesmos.

Ao término da coleta de dados, 820 questionários foram obtidos, os quais passaram, durante o período do recolhimento, por um processo minucioso de correção da pesquisadora, com o intuito de evitar questões em branco e perda de dados, do mesmo modo que letra ilegível.

O instrumento de coleta de dados (papel) foi digitado no Epi Info[®] 6.05d e, após, as informações foram transferidas para o STATA[®] 11.1. Os dados passaram por dupla digitação por digitadores independentes, em que todos os dados coletados foram inseridos, criando-se dois bancos. Estes foram analisados quanto à consistência, e os erros foram corrigidos por meio da consulta aos questionários físicos até atingir 100% de concordância entre as digitações.

Vale ressaltar que toda a vivência e experiência adquirida nestes momentos de coleta de dados foram únicos, e de fundamental importância na execução desta pesquisa, bem como todo o trabalho em equipe. A coleta de dados em si, propôs refletir o quanto explorar a população rural pode trazer resultados inovadores no mundo científico, bem como um aprendizado único para a equipe envolvida e reconhecimento para a população em estudo.

Destaca-se a importância do planejamento e cronograma de execução de todas as etapas de uma pesquisa quantitativa, em especial a logística da coleta de

dados, para o sucesso da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo na defesa da tese de doutorado. Os quais estão citados abaixo:

Artigo 1 - Quedas de idosos residentes na zona rural: prevalência e fatores associados.

Artigo 2 – Propor um Algoritmo de prevenção de acidentes por quedas em idosos rurais.

III Artigos de sustentação da tese

Artigo 1 - Revista Brasileira de Enfermagem (Reben)

Quedas de idosos residentes na zona rural: prevalência e fatores associados.

Resumo

Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados a quedas na população idosa residente em zona rural do município de Pelotas-RS-Brasil. Método: estudo transversal, realizado no ano de 2014 com 820 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. A associação entre o relato de quedas em 12 meses e seus fatores associados foi verificada pelos testes Qui-Quadrado, Exato de Fischer e análise multivariada por meio de Regressão Logística. Resultados: a maior parte da amostra era do sexo feminino (56,1%), pele branca (90,2%) e faixa etária 60-69 anos (54,9%). A prevalência de quedas foi de 27,9%, sendo as variáveis sexo feminino, ser hipertenso e diabético associadas às quedas. Conclusão: compete aos profissionais da saúde um olhar mais atento sobre os idosos que apresentam essas doenças crônicas, especialmente no âmbito de ESF, que trabalham de forma longitudinal com esses pacientes.

DeCS: Saúde da População Rural; Idoso; Acidentes por Quedas.

Introdução

Com o processo de envelhecimento, o corpo humano entra em declínio fisiológico, que vai culminar com diminuição da densidade óssea e da massa muscular, instabilidade postural, comprometimento da capacidade visual e auditiva, bem como maior consumo de medicamentos. Estas alterações, isoladas ou aliadas a riscos ambientais, podem predispor à queda, um evento-sentinela na vida do idoso, atuando na redução da capacidade funcional. As quedas de idosos são consideradas uma das síndromes geriátricas mais incapacitantes e preocupantes, pois um único evento pode ter repercussões no âmbito social, econômico e de saúde⁽¹⁾.

A queda, evento não intencional, que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo⁽²⁾ tem sua prevalência alterada de acordo com as características da população idosa estudada, podendo variar de 10,7% a 32,1% para os idosos que vivem na comunidade, visto que em institucionalizados, ou seja,

moradores de Instituições de Longa Permanência, esse número aumenta (66,7%)⁽³⁻⁸⁾. Esses dados revelam a fragilidade da população estudada, com um risco de quedas elevado em idosos asilados⁽⁷⁻⁸⁾.

A etiologia da queda é normalmente multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos e extrínsecos⁽⁹⁾. Entre os fatores intrínsecos têm destaque o sexo feminino, a idade avançada, presença de duas ou mais morbidades e ter sintomas depressivos como importante fator desencadeante desse evento entre os idosos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em relação aos fatores extrínsecos, como tipo de moradia, pouca iluminação, tapetes não aderentes, degraus altos, período diurno, estes são características da população de idosos que sofrem queda⁽¹²⁻¹³⁾.

As quedas de idosos representou o agravamento com maior frequência se comparado a outras causas externas que acometem os idosos, em pesquisa que objetivou identificar produções científicas que abordem as causas externas mais frequentes e suas consequências, no atendimento à idosos em serviços de urgência e emergência de algumas localidades do Brasil⁽¹⁴⁾.

Embora o processo de envelhecimento humano das zonas urbana e rural seja semelhante, cabe destacar algumas especificidades. Sukumar e colaboradores⁽¹⁵⁾ realizaram estudo que investigou a influência da localização geográfica e os resultados de lesões relacionadas com a queda em adultos mais velhos. Os resultados mostraram que em comparação com os residentes urbanos, os residentes rurais foram hospitalizados menos e as taxas de internação aumentaram a uma taxa menor de 2003 a 2012. Os residentes rurais tiveram uma duração total de permanência total mais curta, uma maior taxa de readmissão de 28 dias e maior mortalidade de 30 dias⁽¹⁵⁾.

A população que habita a zona rural apresenta peculiaridades em decorrência de sua cultura, modos de vida, trabalho entre outros fatores. Um exemplo disso está na atividade social dos idosos, pois, na zona urbana, se organizam em forma de rede, praticam atividade física, fazem artesanato, participam de gincanas, bailes, entre outras atividades culturais. Em contrapartida, na zona rural, os idosos desfrutam seu lazer frequentando a igreja, eventos religiosos, visitas a familiares ou vizinhos⁽¹⁶⁾.

Objetivo

Identificar a prevalência e os fatores associados a quedas na população idosa residente na zona rural.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa” sob a coordenação da Enfermeira-Doutora Celmira Lange, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa é consorciada com cinco pós-graduandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dessa universidade.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) número 649.802, de 19 de maio de 2014 e seguiu os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12⁽¹⁷⁾. Ao seguir os preceitos do CEP, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pela coordenadora do estudo e pelo idoso, em duas vias, e, na impossibilidade deste, foi assinado pelo respondente substituto/auxiliar, cabendo uma via ao participante e a outra à entrevistadora.

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal com a população idosa que reside na zona rural do município de Pelotas, região sul do Rio Grande do Sul. O município de Pelotas conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 12 estão localizadas na zona rural, das quais, dez apresentam a modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). A coleta de dados desenvolveu-se no período de julho a novembro de 2014.

População ou amostra

A população do estudo foi composta de idosos com 60 anos ou mais, vinculados às microáreas das ESFs que abrangem a zona rural do município de Pelotas/RS, sorteados aleatoriamente por meio dos prontuários. Para conseguir o número necessário de idosos foi organizada uma lista por ESF contendo o nome, idade e endereço. Cabe salientar que o número de idosos selecionados em cada UBS foi proporcional ao número de idosos cadastrados nas UBS.

Protocolo do estudo

Os seguintes parâmetros e estimativas foram usados para o cálculo de amostra do estudo principal: tamanho da população de 328.275 indivíduos da cidade de Pelotas (IBGE, 2010), nível de confiança de 95%, prevalência estimada de fragilidade no idoso de 19,9%⁽¹⁸⁾ e erro aceitável de 3 %. Com estes parâmetros a base de cálculo inicial de idosos foi de 680 somado a 10% de perdas e recusas e 10% para controle de fatores de confusão, que totalizou 823 idosos. Para esta pesquisa, foram sorteados 834 idosos, e destes, nove recusaram-se a participar e cinco não foram encontrados, após três tentativas em dias e horários diferentes deu-se como perda sendo efetivamente 820 entrevistados.

A variável dependente neste estudo foi a ocorrência de queda no último ano. A definição de queda utilizada como desfecho foi: “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos” (OMS, 2007). A pergunta utilizada para o desfecho foi: “O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)?”. As variáveis independentes foram: dados socioeconômicos, ambientais e demográficos e problemas de saúde.

Ao término da coleta, os questionários foram digitados no Epi Info[®] 6.05d. Os dados passaram por dupla digitação por digitadores independentes, em que todas as informações obtidas foram inseridas, criando-se dois bancos. Estes foram analisados quanto à consistência, e os erros foram corrigidos por meio da consulta aos questionários físicos até atingir 100% de concordância entre as digitações.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados foi conduzida no programa STATA[®] 11.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Após checagem de inconsistências, foi realizada análise para caracterização da amostra. Na estatística descritiva, incluiu-se a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%). Ademais, com o objetivo de investigar a associação entre as variáveis que compõem o perfil dos idosos e queda, foram feitos os testes estatísticos sendo a análise bivariada a partir dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fischer para amostras independentes, com um nível de confiança de 95%. A análise multivariada hierarquizada foi realizada através de Regressão Logística.

RESULTADOS

Foram localizados 834 idosos nesta pesquisa e, destes, nove recusaram-se a participar, mesmo após duas tentativas, e cinco não foram encontrados após cinco tentativas, resultando em um total de 820 idosos entrevistados ao final do estudo. Em sua quase totalidade, os idosos foram os respondentes da pesquisa (95,5%), enquanto seis questionários foram respondidos, em parte, por respondente substituto em razão de o idoso ter declínio cognitivo, porém, mesmo assim, foi o idoso a responder os testes.

Neste estudo, houve predominância do sexo feminino (56,1%), pele branca (90,2%), idosos que vivia com companheiro (71,5%) e da faixa etária 60-69 anos (54,9%). O idoso mais jovem tinha 60 anos, e o mais longo 95 anos, sendo a idade média de 70,0 anos (DP: 7,6 anos). Em relação à escolaridade, descrita em anos de estudos, evidenciou-se que 5,6% dos idosos tinham oito anos de estudo ou mais e 15,2% eram analfabetos. A média foi de 4,0 anos de estudos (DP: 2,4 anos), em que o mínimo de anos foi de zero, e o máximo, de 23 anos. Apenas 9,0% relatou morar só, sendo que dos 91,0% que não moravam só, 46,3% residiam com os filhos.

Ao serem questionados se costumavam permanecer sozinhos em casa por algum período, 64,1% relatam nunca ou raramente ficar sozinhos em casa, enquanto 16,8% permaneciam sozinhos em casa por um período maior de 12 horas. Dos idosos entrevistados, 92,0% eram aposentados, e, destes, 64,5% ainda trabalhavam, sendo a maioria na agricultura.

Nesta pesquisa, a maior parte dos idosos que sofreram queda eram do sexo feminino (62,0%): a probabilidade de a mulher cair foi 40,0% maior em relação ao sexo oposto, ou seja, 1,4 vezes maior que nos homens.

Na Tabela 1, encontram-se as variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos que sofreram queda e que não sofreram queda.

Tabela 1. Análise bivariada entre quedas e variáveis demográficas e socioeconômicas. Pelotas, RS, 2014 (n=820).

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Queda		Valor -p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			0,034*

Feminino	142 (62,0)	318 (53,8)	
Masculino	87 (38,0)	273 (46,2)	
Faixa etária (anos) (n=819)			0,729*
60-69	127 (55,5)	323 (54,8)	
70-79	76 (33,2)	193 (32,7)	
80-89	25 (10,9)	65 (11,0)	
90 ou mais	1 (0,4)	9 (1,5)	
Situação conjugal			0,187*
Com cônjuge	156 (68,1)	430 (72,8)	
Sem cônjuge	73 (31,9)	161 (27,2)	
Morar só			0,239*
Não	204 (89,1)	542 (91,7)	
Sim	25 (10,9)	49 (8,3)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,228*
Analfabeto	29 (12,8)	82 (14,0)	
1- 3	87 (38,3)	183 (31,2)	
4- 7	95 (41,9)	284 (48,5)	
≥8	16 (7,1)	37 (6,3)	
Trabalha			0,595*
Sim	213 (36,0)	78 (34,1)	
Não	378 (64,0)	151 (65,9)	
Renda per capita (salário mínimo)			0,933**
<1	2 (0,9)	7 (1,2)	
1- 2	186 (81,2)	467 (79,7)	
≥2	41 (17,9)	112 (19,1)	

* valor de p pelo Teste Qui-Quadrado

**valor de p pelo Teste Exato de Fisher.

Os dados sobre hábitos comportamentais evidenciaram que, em relação à exposição ao tabagismo, 89,5% não fumavam e 27,9% eram ex-fumantes. Entre os idosos tabagistas, a prevalência de quedas foi de 9,2%. Sobre a ingestão de álcool, 66,1% dos idosos não consumiam, e dos que ingeriam bebidas alcoólicas, 12,2% o faziam diariamente, sendo que 28,8% dos idosos que referiram ingerir bebida alcoólica sofreram queda em 12 meses.

Na tabela 2 são apresentadas as morbidades referidas pelos idosos do estudo.

Tabela 2. Análise bivariada entre quedas e morbidades. Pelotas, RS, 2014 (n=820).

Morbidades	Queda		Valor -p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica			0,309*
Sim	157 (68,6)	383 (64,8)	
Não	72 (31,4)	208 (35,2)	
Diabetes mellitus			0,002*
Sim	50 (21,8)	89 (15,1)	
Não	179 (78,17)	502 (84,9)	
Reumatismo			0,017*
Sim	78 (34,1)	152 (25,7)	
Não	151 (65,9)	439 (74,3)	
Osteoporose			0,004*
Sim	52 (22,7)	85 (14,4)	
Não	177 (77,3)	506 (85,6)	
Acidente Vascular Encefálico			0,152*
Sim	25 (10,9)	46 (7,8)	
Não	204 (89,1)	545 (92,2)	

* valor de p pelo Teste Qui-Quadrado **valor de p pelo Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3 é possível observar a análise multivariada, por meio do Teste Exato de Fischer, e a associação entre as variáveis independentes que obtiveram significância e a

queda. Consolidaram-se como fatores associados as quedas o sexo feminino (RP: 1,401; $p < 0,016$); ter HAS (RP: 1,184; $p < 0,023$) e ter DM (RP: 1,576; $p < 0,011$).

A Razão de Prevalência de quedas para idoso diabético foi de 1,58, ou seja, a probabilidade de um portador de Diabetes Mellitus (DM) cair é quase 60% maior em relação ao idoso sem essa morbidade. Quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o estudo mostrou que ter essa patologia aumenta em 18,0% a probabilidade de cair em relação a quem não a apresenta.

Tabela 3. Análise multivariada entre queda de idosos e variáveis associadas. Pelotas, RS, 2014 (n=820).

Variáveis	Razão de Prevalência (RP)	Valor - p
Sexo feminino	1,401	0,016
Hipertensão Arterial Sistêmica	1,184	0,023
Diabetes mellitus	1,576	0,011

Discussão

A prevalência de quedas deste estudo referida por idosos para os últimos 12 meses, foi semelhante à apontada em outros estudos de base populacional em outras regiões do Brasil, porém, conduzidos na área urbana. Cabe ressaltar que a associação do desfecho queda com a população idosa que vive na zona rural ainda não é objeto frequente de estudo, o que justifica, também, a importância deste trabalho. Investigação nacional tipo inquérito domiciliar com 729 idosos residentes na zona urbana mostrou uma prevalência de quedas de 28,3%⁽¹⁰⁾.

Carneiro et al⁽²⁰⁾ conduziram estudo com uma amostra de 683 idosos não institucionalizados, residentes no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, e observaram prevalência de quedas de 28,4%. Em contrapartida, um levantamento evidenciou uma prevalência de 36,4% de episódio de queda em 12 meses⁽²¹⁾. Já em âmbito internacional, essa ocorrência tem flutuações, visto que, em pesquisa com idosos habitantes de Nagasaki, Japão, teve-se uma prevalência de 23,0%⁽²²⁾. Em compensação, pesquisa com idosos do Alabama, Estados Unidos, mostrou uma prevalência de quedas de idosos de 47,0%⁽²³⁾.

Ser do sexo feminino, faixa etária 60-69 anos e viver com companheiro foram a maioria entre os idosos que sofreram queda. Estudos têm evidenciado que pertencer ao sexo feminino é fator de risco para ocorrência de quedas^(10;24;5). A prevalência do sexo feminino no contexto do envelhecimento se deve a maior expectativa de vida desse gênero, sendo denominada a feminização da velhice.

Entretanto, quanto a maior prevalência de quedas entre as mulheres, ainda não há explicação definitiva sobre esse fato; no entanto, considera-se que a menor qualidade e força de massa muscular nas mulheres bem como a prevalência de doenças crônicas podem aumentar a probabilidade de fragilidade em mulheres⁽²¹⁾. Importante salientar que este estudo foi desenvolvido na zona rural, entretanto, frequentemente, a população que habita o meio rural é majoritariamente masculina⁽²⁵⁾, diferindo dos dados desta pesquisa, em que se teve mais mulheres do que homens.

Em relação à faixa etária, os dados dessa pesquisa foram condizentes com estudo transversal de base populacional com idosos de 65 anos ou mais residentes em zona urbana⁽¹¹⁾. Em contrapartida, é consenso nas literaturas nacional e internacional a predominância de ocorrência de quedas nos idosos mais velhos, visto que, com o aumento da idade, o processo de senescência provoca alterações progressivas e funcionais^(3;23;26). Estudo feito com idosos moradores de zona rural evidenciou que a maioria estava inserida na faixa etária 60-69 anos, porém, este levantamento foi sobre presença de doenças crônicas entre os indivíduos⁽²⁷⁾.

Esta pesquisa, em Pelotas, evidenciou a presença de acidentes por quedas em maior parte em idosos mais jovens, fato que pode estar associado ao trabalho desenvolvido por essa população, mais árduo e que exige mais desenvoltura em consequência de terrenos irregulares, bem como presença de doenças crônicas. Da mesma forma que os idosos mais longevos deste estudo não abarcam número expressivo de doenças crônicas em relação aos idosos mais jovens, consequentemente sofrerão menos quedas, pois as quedas estiveram associadas a presença de HAS e DM, nesta pesquisa.

A situação conjugal não esteve associada ao desfecho queda, corroborando com estudo desenvolvido com 683 idosos não institucionalizados⁽²⁰⁾. Em ambos os estudos, predominou a população que vive com companheiro, sendo casada, união estável ou com cônjuge. São poucos os levantamentos que levam em consideração essa variável.

Observou-se que a chance de cair foi maior entre os idosos que não moravam sós. Em contrapartida, morar só foi uma característica observada tanto para quedas como para quedas recorrentes em estudo com 391 idosos residentes na comunidade⁽¹¹⁾, dados que contrapõem a pesquisa com idosos na zona rural, em que a variável independente morar só não teve inferência estatística sobre o desfecho.

Idosos com baixa escolaridade tiveram maior ocorrência de quedas na análise bivariada, apesar de essa associação não ter sido estatisticamente significativa no modelo preditivo final, o que condiz com estudo feito por Cruz e colaboradores⁽²⁸⁾ com 462 idosos não institucionalizados. Trabalho realizado com idosos residentes na zona rural de um município do interior do Rio Grande do Sul também apresentou dados condizentes com esta pesquisa na zona rural do município de Pelotas⁽²⁷⁾.

O conhecimento agregado ao maior número de anos de escolaridade pode ser fator de proteção para presença de quedas em idosos, no sentido de que o nível educacional mais elevado expõe menos os idosos aos fatores de risco para doenças e acidentes. Por questões culturais ou de distância, a população rural teve menos acesso à escola, evidenciando essa redução em anos de escolaridade, bem como era necessário que os filhos ajudassem na lavoura, frequentando menos os bancos de ensino, deixando, desta forma, os estudos em segundo plano.

Sobre as morbidades, mantiveram-se associadas ao desfecho na análise multivariada as doenças Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, conforme estudos sobre o tema em população não institucionalizada urbana⁽⁹⁾. Focchesatto, Rockett e Perry⁽²⁷⁾ estudaram 70 indivíduos com idade igual a 60 anos ou mais residentes na zona rural do Rio Grande do Sul, em que a Hipertensão Arterial Sistêmica, osteoporose e dislipidemia foram as morbidades mais relatadas pelos participantes. Diferentemente desta pesquisa, Carneiro e colaboradores⁽²⁰⁾ evidenciaram que algumas morbidades investigadas, embora se mostrassem associadas em uma análise bivariada, não se mantiveram no modelo final.

A presença de doenças crônicas no envelhecimento é um problema de saúde pública com alta prevalência e consequências importantes. O que vai ao encontro do achado de pesquisa que investigou a prevalência e distribuição de multimorbidades em idosos brasileiros, em que apenas 6,0% da amostra não apresentou doença crônica. E 81,3% tinham

duas ou mais, 64,0% três ou mais, demonstrando os desafios que os serviços de saúde e formação profissional de saúde estão abarcando⁽²⁹⁾.

Estes estudo concluiu que a multimorbidade foi alta nos idosos em Bagé-RS, em comparação as percentagens encontradas em outros países, alertando os gestores sobre a importância de utilização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde em prol de melhorias nas condições de saúde dessa população⁽²⁹⁾. Visto que mais da metade dos idosos entrevistados eram captados pela ESF, demonstrando a fragilidade deste serviço.

Limitações

Apesar dos aspectos significativos relacionados à ocorrência de quedas em idosos e fatores associados identificados nesta pesquisa, não se pode excluir a presença de viés de recordatório como limitação do estudo. No sentido em que, aqueles idosos que sofreram quedas mais graves podem ter se lembrado com maior frequência de detalhes em relação aos que tiveram apenas escoriações, bem como lembrar do evento ocorrido há 12 meses antes pode estar sub-relatado. Além disso, os idosos creditam à idade seus problemas de equilíbrio e marcha, fazendo com que essas dificuldades de mobilidade não sejam detectadas até que uma queda com uma consequência grave ocorra.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou saúde pública

A enfermagem como profissão majoritária dos serviços de saúde exerce papel fundamental na avaliação da pessoa idosa, bem como na identificação dos idosos com riscos para quedas e com presença de doenças crônicas. Atentar para os fatores de risco do evento queda, prevenindo-os, torna-se uma prática cada vez mais necessária dentro do atendimento profissional. Enfatiza-se a premissa de que uma abordagem preventiva do evento quedas de idosos deve ser multissetorial, multiprofissional e multifatorial, por meio de grupos que abordam os acidentes por quedas, bem como suas causas e consequências na vida do idoso.

Conclusão/considerações finais

No estudo em questão, a prevalência de queda em idosos foi de 27,9%, os fatores mais correlacionados foram ser do sexo feminino, ter Hipertensão Arterial Sistêmica e possuir diabetes. Os resultados evidenciados nesta pesquisa corroboram outros estudos já realizados na zona urbana, contudo, a aplicação de pesquisas na zona rural revela-se oportuna e indicada no momento atual, considerando o aumento da expectativa de vida e da participação dos

idosos na sociedade. Os dados obtidos permitem orientar estratégias de cuidados aos idosos expostos ao evento queda, com especial atenção àqueles moradores da zona rural.

Referências

1. CAVALCANTE, ALP; AGUIAR, JB de; GURGEL, LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. *Rev. Bras. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 15 (1): 137-146, 2012.
2. LPR; FALSARELLA, GR; COIMBRA, AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 17 (1): 201-209, 2014.
3. CEVIZCI, S; ULUOCAK, S; ASLAN, C; GÖKULU, G; BILIR, O; BAKAR, C. Prevalence of falls and associated risk factors among aged population: community based cross-sectional study from Turkey. *Cent Eur J Public Health*, 23 (3): 233-239, 2015.
4. REIS, KMC dos; JESUS, CAC de. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Nov.-Dez.* 2015; 23 (5):1130-8.
5. PAGLIOSA, LC; RENOSTO, A. Effects of a health promotion and fall prevention program in elderly individuals participating in interaction groups. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 27, n. 1, p. 101-109, Jan/Mar, 2014.
6. NUNES, BP; de OLIVEIRA, SAES M; SIQUEIRA, FV; TOMASI, E; SILVA, SM; da SILVEIRA, DS; SOARES, MU; FACCHINI, LA; THUMÉ, E. Falls and self-assessment of eyesight among elderly people: a population-based study in a south Brazilian municipality. *Arch Gerontol. Geriatr.* 2014 Jul-Aug; 59 (1): 131-5.
7. LAMENCA, BS; LÓPEZ, AS; LARREA, LC; FERRER, CN; LABANDA, RM. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. *Gerokomos*. 2016; 27 (1): 2-7.
8. ARAUJO NETO AH; PATRICIO ACFA; FERREIRA MAM; RODRIGUES BFL; SANTOS TD; RODRIGUES TDB; SILVA RAR. Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(4):719-25.
9. DELLAROA MSG; PIMENTA CA de M., LEBRÃO ML; DUARTE, YA de O; BRAGA, PE. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional - Sabe. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (3): 522-532, Mar, 2014.
10. NASCIMENTO, JS; TAVARES, DM dos S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm.*, 25 (2), 2016.

11. SOARES, WJ de S; MORAES, AS de; FERRIOLLI, E; PERRACINI, MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 17 (1): 49-60, 2014.
12. MESCHIAL, WC; SOARES, DFP de P; OLIVEIRA, NLB de; NESPOLLO, AM; SILVA, WA da; SANTIL, FL de P. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. *Rev. Bras. Epidemiol.* Jan-Mar, 3-16, 2014.
13. CHIANCA, CM; ANDRADE, CR de; ALBUQUERQUE, J; WENCELAU, LCC; TADEU, LFR; MACIEIRA, TGR; ERCOLE, FF. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um centro de saúde de Belo Horizonte - MG. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, Mar-Abr; 66 (2): 234-40, 2013.
14. SILVA JD; CORTEZ LER. PRINCIPAIS CAUSAS EXTERNAS DOS IDOSOS ATENDIDOS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. *Revista UNINGÁ Review*. Vol.23,n.3,pp.38-43 (Jul - Set 2015)
15. SUKUMAR, DW; HARVEY, LA; MITCHELL, RJ; CLOSE, JC. O impacto da localização geográfica nas tendências nas taxas de hospitalização e resultados para lesões relacionadas com a queda em pessoas mais velhas. *Aust NZ J Public Health*. 2016; 40:342-8.
16. RODRIGUES, IG; FRAGA, GP; BARROS, MB de A. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Ver. Bras Epidemiol* Jul-Set, 2014; 705-718.
17. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
18. TRIBESS, S; VIRTUOSO JÚNIOR, JS; OLIVEIRA, RJ de. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v58, n.3, p341-7, 2012.
19. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
20. CARNEIRO, J; RAMOS, GCF; BARBOSA, ATF; VIEIRA, EDS; SILVA, JSR; CALDEIRA, AP. Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19 (4): 613-625.
21. ALVES, RLT; SILVA, CFM; PIMENTEL, LN; COSTA, I de A; SOUZA, AC dos S; COELHO, LAF. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20 (1): 59-69.
22. TOMITA, Y; ARIMA, K; KANAGA, E; OKABE, T; MIZUKAMI, S; NISHIMURA, T; BE, Y; GOTO, H; HORIGUCHI, I; AOYAGI, K. Association of physical performance and

pain with fear of falling among community - dwelling japanese women aged 65 years and older. *Medicine* - Volume 94, Number 35, September 2015.

23. LO, AX; BROWN, CJ, MD; SAWYER, P; RICHARD, E; KENNEDY, RE; ALLMAN, RM. Life-space mobility declines associated with incident falls and fractures. *J Am. Geriatr. Soc.* 2014 May; 62 (5): 919-923. doi: 10.1111/jgs.12787.

24. MENEZES , C; VILAÇA, KHC; MENEZES, RL. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. *Rev. Bras. Oftalmol.*, 75 (1): 40-4, 2016.

25. HEITOR, SFD; RODRIGUES, LR; TAVARES, DM dos S. Fatores associados às complicações metabólicas e alimentação em idosos da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11): 3357-3366, 2016.

26. SIQUEIRA, FV; FACCHINI, LA; PICCINI, RX; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA, DS; VIEIRA, V; HALLAL, PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41 (5); 749-56.

27. FOCCHESATTO A; ROCKETT FC; PERRY IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 18 (4): 779-795, 2015.

28. CRUZ, DT da; CRUZ, FM da; RIBEIRO, AL; VEIGA, CL da; LEITE, ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 23 (4): 386-393, 2015.

29. NUNES BP; THUMÉ E; FACCHINI LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health* (2015) 15:1172.

Artigo 2 - Revista Gaúcha de Enfermagem

PROPOSTA DE ALGORITMO DE TOMADA DE DECISÃO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS RURAIS

RESUMO

Objetivo: Descrever as características dos idosos que sofreram queda moradores da zona rural e apresentar a proposta de um algoritmo de prevenção para quedas nessa população.

Método: Estudo transversal com 820 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família na zona rural. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino (56,1%), pele branca (90,2%) e faixa etária 60-69 anos (54,9%) entre os idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses. A maioria dos idosos não foi atendida por profissionais de saúde (69,8%), não relatou trauma físico (52,1%) e não teve fratura (86,4%) pós queda. A metade da amostra referiu medo de cair novamente (50,0%). Esses fatores direcionaram a elaboração de uma proposta de algoritmo de prevenção de queda. **Conclusão:** Os acidentes por quedas em idosos podem ser prevenidos e ter intervenções e seguimento multiprofissional por meio da utilização de protocolos específicos, como o algoritmo. **Palavras-chave:** Idoso; Acidentes por Quedas; População Rural; Prevenção de Acidentes; Guia de Prática Clínica.

DECISION-MAKING ALGORITHM PROPOSAL FOR THE PREVENTION OF FALLS IN RURAL OLD PEOPLE

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of the elderly who suffered from falling rural residents and to present a proposal for a prevention algorithm for falls in this population.

Method: Cross-sectional study with 820 elderly people enrolled in the Basic Health Units

with Family Health Strategy in the rural area. **Results:** Females predominated (56.1%), white skin (90.2%) and age group 60-69 years (54.9%) among the elderly who suffered a fall in the last 12 months. The majority of the elderly were not attended by health professionals (69.8%), did not report physical trauma (52.1%) and had no fracture (86.4%) after falling. Half of the sample reported fear of falling again (50.0%). These factors led to the elaboration of a fall prevention algorithm proposal. **Conclusion:** Accidents due to falls in the elderly can be prevented and interventions and multiprofessional follow-up can be achieved through the use of specific protocols, such as the algorithm. **Keywords:** Elderly; Accidents by Falls; Rural Population; Accidents prevention; Guide to Clinical Practice.

PROPUESTA DE ALGORITMO DE TOMA DE DECISIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CEDES EN RODALES RURALES

RESUMEN

Objetivo: Describir las características de los ancianos que sufrieron caída pobladores de la zona rural y presentar la propuesta de un algoritmo de prevención para caídas en esa población. **Método:** Estudio transversal con 820 ancianos catastrados en las Unidades Básicas de Salud con Estrategia Salud de la Familia en la zona rural. **Resultados:** Hubo predominancia del sexo femenino (56,1%), piel blanca (90,2%) y grupo de edad 60-69 años (54,9%) entre los ancianos que sufrieron caída en los últimos 12 meses. La mayoría de los ancianos no fue atendida por profesionales de la salud (69,8%), no relató trauma físico (52,1%) y no tuvo fractura (86,4%) post caída. La mitad de la muestra indicó miedo a caer de nuevo (50,0%). Estos factores orientaron la elaboración de una propuesta de algoritmo de prevención de caída. **Conclusión:** Los accidentes por caídas en ancianos pueden ser

prevenidos y tener intervenciones y seguimiento multiprofesional por medio de la utilización de protocolos específicos, como el algoritmo. **Palabras-clave:** Ancianos; Accidentes por Caídas; Población Rural; Prevención de accidentes; Guía de Práctica Clínica.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o mundo tem tomado ciência do envelhecimento da população, fato social sem precedentes na história mundial e também no Brasil. Essa alteração na estrutura etária que traz consigo um aumento da incidência das doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes e incita discussão sobre as dificuldades de saúde que as pessoas idosas apresentam atualmente. Nessa conjuntura, os acidentes por quedas passam a ser eventos preocupantes, tornando-se um problema de saúde pública. As quedas em idosos têm sua etiologia normalmente multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, os quais podem ser intrínsecos e extrínsecos⁽¹⁾.

O sexo feminino, a idade avançada, presença de duas ou mais morbidades e ter sintomas depressivos são importantes fatores intrínsecos desencadeantes desse evento entre os idosos⁽²⁻³⁾. Já o tipo de moradia, pouca iluminação, tapetes não aderentes, degraus altos e período diurno enquadram-se nos fatores extrínsecos característicos da população idosa que sofre queda⁽⁴⁾.

Os acidentes por quedas acometem todas as faixas etárias, bem como distintas localizações geográficas, ou seja, zonas rurais e urbanas. Neste sentido, moradores da zona rural apresentam peculiaridades que devem ser levadas em consideração em decorrência de sua cultura, modo de vida, trabalho, poucos serviços de saúde disponíveis e outros fatores que os fazem uma população diferenciada. Um exemplo disso está na atividade social dos idosos,

pois, na zona urbana, se organizam em forma de rede, praticam atividades físicas, fazem artesanato, participam de gincanas, de bailes, entre outras sob o aspecto cultural. Em contrapartida, na zona rural, os idosos desfrutam seu lazer frequentando igreja, eventos religiosos, visitas a familiares ou vizinhos⁽⁵⁾.

Uma das formas de empregar os resultados das pesquisas, proporcionando devolução científica dos dados utilizados, é por meio da construção de algoritmos para a prevenção de acidentes por quedas, os quais poderão constituir-se ferramentas úteis de organização, estruturação e aplicação da informação disponível, auxiliando na tomada de decisão dos profissionais⁽⁶⁾. Após a descrição das características dos idosos que sofreram quedas, será apresentado uma proposta de algoritmo, constituindo em uma linha de cuidados com idosos vulneráveis a acidentes por quedas, bem como a educação em saúde, tendo como foco o envelhecimento ativo, com redução de eventos incapacitantes.

Este artigo tem por objetivo descrever as características dos idosos que sofreram queda moradores da zona rural e apresentar a proposta de um algoritmo de prevenção para quedas nessa população.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, o qual faz parte de um projeto intitulado “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”. Idosos com 60 anos ou mais dos gêneros feminino e masculino, vinculados às microáreas das ESFs, os quais residem na zona rural do município de Pelotas, região sul do Rio Grande do Sul foram elegíveis para o estudo.

O município de Pelotas conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 12 estão localizadas na zona rural, das quais, dez apresentam a modalidade de saúde

Estratégia Saúde da Família (ESF) e estas fizeram parte do estudo. São elas, Osório, Vila Nova, Maciel, Triunfo, Pedreiras, Grupelli, Cerrito Alegre, Corrientes, Monte Bonito e Cordeiro de Farias. A coleta de dados desenvolveu-se no período de julho a novembro de 2014.

Os idosos vinculados às microáreas das ESFs foram sorteados aleatoriamente por meio dos prontuários, e foi organizada de uma lista por ESF contendo o nome, idade e endereço dos idosos. Cabe salientar que o número de idosos selecionados em cada UBS foi proporcional ao número de idosos cadastrados nas UBS.

O tamanho da amostra do estudo principal seguiu os seguintes parâmetros e estimativas: tamanho da população de 328.275 indivíduos da cidade de Pelotas (IBGE, 2010), nível de confiança de 95%, prevalência estimada de fragilidade no idoso de 19,9%⁽⁷⁾ e erro aceitável de 3 %. Com estes parâmetros a base de cálculo inicial de idosos foi de 680 somado a 10% de perdas e recusas e 10% para controle de fatores de confusão, que totalizou **823** idosos. Foram sorteados 834 idosos, e destes, nove recusaram-se a participar e cinco não foram encontrados, após três tentativas em dias e horários diferentes deu-se como perda sendo efetivamente 820 entrevistados.

A variável dependente nesse estudo foi a ocorrência de queda no último ano. A definição de queda utilizada como desfecho foi: “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”⁽⁸⁾. A pergunta utilizada para o desfecho foi: “O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)?”. As variáveis independentes foram: dados socioeconômicos, demográficos e relacionados ao evento queda.

Ao término da coleta, 820 questionários foram recolhidos, sendo digitados no Epi Info[®] 6.05d. Os dados passaram por dupla digitação por digitadores independentes, em que todos os dados obtidos foram inseridos, criando-se dois bancos. Estes foram analisados quanto à consistência, e os erros foram corrigidos por meio da consulta aos questionários físicos até atingir 100% de concordância entre as digitações.

A análise dos dados foi conduzida no programa Stata[®] versão 11.1. Após checagem de inconsistências, foi realizada análise para caracterização da amostra através de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas, sob nº 649.802, de 19 de maio de 2014. Todos os entrevistados (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem apresentados os objetivos e procedimentos do estudo e esclarecidas eventuais dúvidas.

RESULTADOS

Entre os 820 idosos entrevistados, predominou indivíduos do sexo feminino, de faixa etária 60-69 anos; que viviam com companheiro; com 4-7 anos de escolaridade e cor da pele branca, conforme pode ser observado na Tabela 1. A maioria dos idosos tinha uma renda mensal de um a dois salários mínimos (80,1%) e raramente ficava sozinha em casa (64,1%).

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas, demográficas dos idosos residentes na zona rural, Pelotas-RS, Brasil, 2014 (N=820).

Variáveis	Frequência relativa (n)	Frequência absoluta (%)
Sexo		
Feminino	460	56,1
Masculino	360	43,9
Faixa etária*		

60-69 anos	450	55,0
70-79 anos	269	32,8
80-89 anos	90	11,0
≥ 90	10	1,2
<i>Cor da pele</i>		
Branca	740	90,2
Outra	80	9,8
<i>Situação conjugal</i>		
Com companheiro	586	71,4
Sem companheiro	234	28,8
<i>Ficar sozinho em casa</i>		
Nunca/raramente	526	64,1
Sim, cerca de 1 hora	43	5,2
Sim, um período de tempo	114	14,0
Sim, somente de dia	80	9,8
Sim, somente à noite	21	2,5
Sim, o tempo todo	36	4,4
<i>Escolaridade (anos de estudo)*</i>		
Analfabeto	111	13,6
1-3 anos	270	33,2
4-7 anos	379	46,6
≥ 8	53	6,6
<i>Trabalha</i>		
Sim	291	35,5
Não	529	64,5

* 1 missing para essa variável

* 7 missing para essa variável

Em decorrência da queda, 47,8% dos idosos apresentaram traumas físicos, em que a contusão (42,2%), a escoriação (31,1%) e a fratura (28,4%) estiveram mais presentes. A Tabela 2 mostra a caracterização de questões relacionadas às quedas dos idosos, evidenciando que quase 15,0% sofreram fratura do total dos idosos que sofreram queda, sendo a mais frequente de fêmur/quadril (22,6%).

Tabela 2. Caracterização dos idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses, Pelotas-RS, Brasil, 2014 (N=229).

Variáveis	Frequência relativa (n)	Frequência absoluta (%)
<i>Queda nos últimos 6 meses</i>		
Nenhuma	68	29,7
1 vez	101	44,1
2 a 3 vezes	40	17,5
≥ 4	20	8,7
<i>Necessitou de atendimento de profissional de saúde</i>		
Sim	69	30,1
Não	160	69,9
<i>Sofreu algum trauma*</i>		
Sim	109	47,8
Não	119	52,2
<i>Houve fratura óssea</i>		
Sim	31	13,5
Não	198	86,5
<i>Medo de cair novamente**</i>		
Sim	106	50,0
Não	106	50,0

* 1 missing para essa variável

** 17 *missing* para essa variável

Nesta pesquisa, foi questionado ao idoso sobre a ocorrência da queda, evidenciando que quase metade dos eventos ocorreu em áreas externas da casa (no pátio/quintal) (48,0%), e 20,0% dos idosos caíram dentro do domicílio, tendo a cozinha, o dormitório e a sala como os mais presentes.

Os acidentes por quedas na população idosa vêm despertando interesse de pesquisa no meio científico, visto que esse grupo populacional apresenta grande vulnerabilidade para quedas, carecendo de estratégias de prevenção no meio em que vive. Neste sentido, o algoritmo vem como um grande aliado para a equipe multiprofissional, pois se trata de um instrumento de registro e acompanhamento desse evento baseado na revisão de literatura e nos resultados dessa pesquisa (Figura 3). Esta ferramenta representa importante meio de monitoramento dos acidentes por quedas em idosos, de suas possíveis causas e das medidas adotadas no cuidado ao paciente, além de fornecer meios para a implementação de estratégias de prevenção de novas quedas.

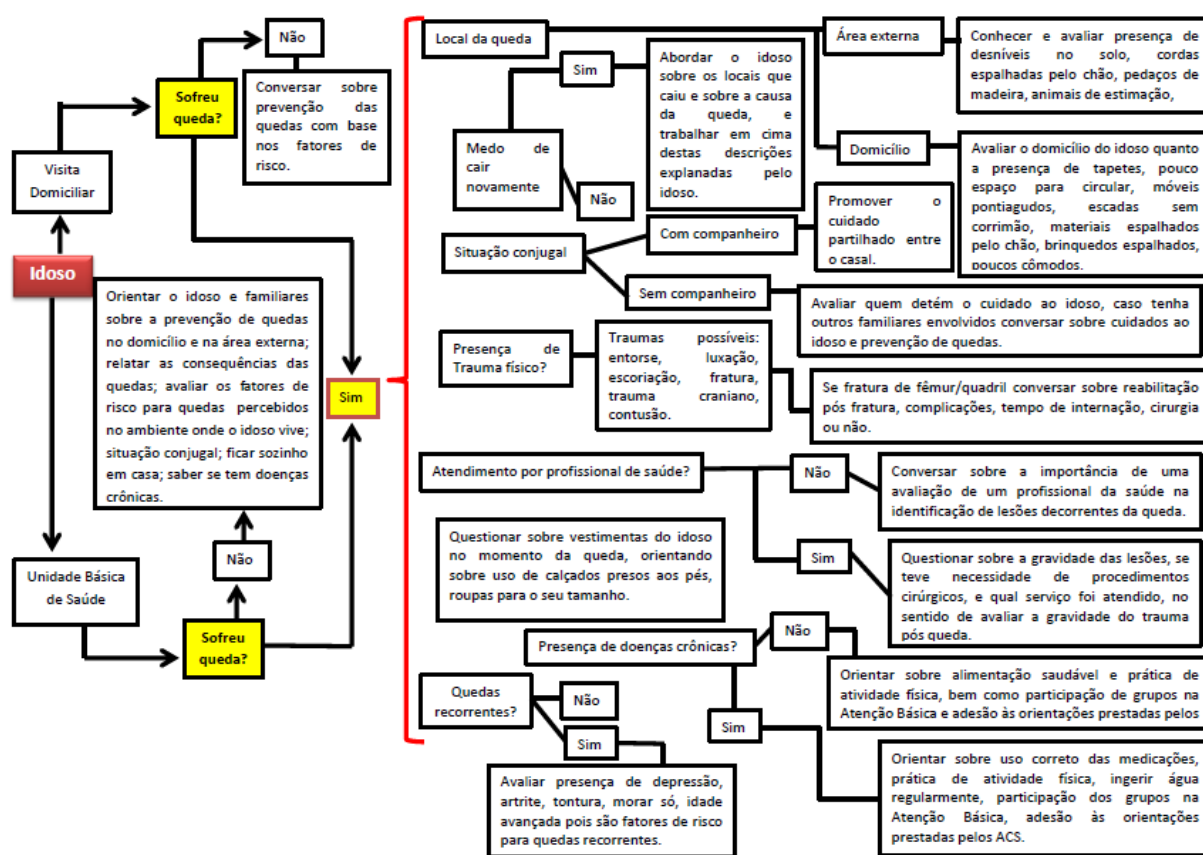


Figura 3 – Proposta de Algoritmo para prevenção de acidentes por quedas em idosos.
(SANTOS e LANGE, Pelotas/RS, Brasil, 2017)

Na elaboração da proposta de algoritmo para prevenção de quedas procurou-se desenvolver um instrumento prático, adequado a ao serviço da atenção básica, de linguagem acessível, disponível para o conhecimento de toda a equipe de saúde e que pudesse ser atualizado sempre que houvesse a necessidade para tal.

DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta, predominantemente, de idosos do sexo feminino, com idades entre 60 e 69 anos e cor da pele branca - achados semelhantes a estudos sobre quedas desenvolvidos com idosos residentes na zona urbana^(2,9). Dados consoantes com a estrutura etária da população brasileira, em que se tem mais mulheres do que homens, evidenciam a feminização da velhice, um fenômeno mundial. Em contrapartida, Martins e

Tavares⁽¹⁰⁾ encontraram 52,76% de homens em sua pesquisa com 1.297 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da zona rural do município.

No que diz respeito à situação conjugal dos idosos, os dados são consoantes com estudo nacional de base populacional desenvolvido com idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG⁽¹¹⁾. Pesquisa internacional evidenciou associação entre o estado conjugal casado e presença de acidentes por quedas⁽¹²⁾. Esse levantamento demonstrou a variação de arranjos conjugais presentes na população, destacando diferentes prevalências de quedas, uma vez que estas podem estar associadas à chance de cair e quedas recorrentes⁽³⁾.

Nesse contexto, em detrimento de esta pesquisa ter sido desenvolvida com idosos cadastrados em ESF, destaca-se a importância da visita domiciliar pela equipe profissional. Constituindo um momento privilegiado para investigação do potencial do companheiro na colaboração da prevenção das quedas em relação à possibilidade de identificar, *in loco*, as relações sociais estabelecidas pelos membros familiares, bem como um momento rico de avaliação do espaço em que o idoso está inserido. Paralelamente, entende-se que aplicação do algoritmo de prevenção aos acidentes por queda vem a acrescentar na identificação dos idosos com riscos para quedas e aqueles que já a tiveram. Esta ferramenta poderá nortear as intervenções educativas e favorecer a padronização do atendimento a esse paciente⁽⁶⁾.

Quase metade dos participantes relatou presença de quedas nos últimos 6 meses em pesquisa feita no estado do Alabama-EUA, dados inferiores a pesquisa atual em que 70,3% tiveram queda neste período⁽¹²⁾. Nesse contexto, o presente estudo mostra que a ocorrência de quedas é elevada em relação à outras áreas geográficas, portanto, é necessária uma discussão mais profunda em relação aos fatores determinantes desse evento. Pesquisar e estudar esses

fatores constitui importante ferramenta no auxílio da construção de ferramentas de prevenção com o objetivo de proteger a saúde dos idosos.

O fato de a minoria ter procurado atendimento de um profissional da saúde após a queda, no estudo de Pelotas, é semelhante ao encontrado por Oliveira e Balica⁽¹³⁾ e talvez seja explicado pela baixa gravidade das lesões que, assim como nos estudos encontrados, foram verificados ferimentos leves, como escoriações e contusões. O fato de não procurar atendimento de algum profissional da saúde não quer dizer que o idoso não tinha necessidade de ser atendido, pois a decisão de ter assistência ou não foi dele ou dos familiares e não de um profissional capacitado. Da mesma maneira que o acesso aos serviços de saúde na área rural apresenta dificuldades, bem como a locomoção até a cidade nem sempre é possível.

No município de Pelotas-RS, a zona rural fica distante dos serviços de Pronto Atendimento e de hospitais, o que pode estar relacionado ao fato de a população idosa que sofreu queda não ter procurado assistência. No entanto, os idosos participantes eram cadastrados em uma ESF, dispondo de acolhimento de profissional de segunda a sexta, na sua comunidade. Por uma questão cultural, idosos rurais procuram menos os serviços de saúde e têm as terapias complementares como grandes aliadas nos cuidados de saúde⁽¹⁴⁾. Contrapondo os dados da pesquisa em Pelotas, estudo de base populacional feito no município de Campinas-SP mostrou que 71,2% dos idosos receberam atendimento por profissional da saúde em decorrência da queda⁽⁵⁾.

A fratura vem a ser a consequência mais grave dos acidentes por quedas na população idosa. Na atual pesquisa, os achados são consoantes com estudos nacional⁽¹⁵⁾ e internacional⁽¹²⁾. Em contrapartida, Stamm e colaboradores⁽¹⁶⁾ encontraram elevado número de ocorrência de fraturas (18,2%) e casos que necessitaram de hospitalização (17,4%).

Sobre a presença de fratura óssea pós-queda, é fundamental levar em consideração as características da população abordada e as circunstâncias das quedas, visto que o gênero, o local da queda, a presença de morbididades, entre outras, têm relação direta com o desfecho, conforme estudo feito com pacientes apresentando artrite reumatoide, com um risco aumentado de fratura osteoporótica, tendo a queda como um importante fator causal nesse desfecho⁽¹⁵⁾.

A prevalência do medo de cair foi de 95,2% entre idosos não institucionalizados, e dentre as atividades que mais preocupam os idosos em relação ao medo de cair foram: tomar banho, subir ou descer escadas, caminhar sobre superfície irregular, subir ou descer uma ladeira e andar sobre uma superfície escorregadia⁽¹⁷⁾. Prevalência superior ao estudo atual. Da mesma forma que o medo de cair novamente foi relatado por 74,2% dos pacientes com artrite reumatoide, tanto entre os que caíram no ano anterior quanto entre os que não sofreram queda⁽¹⁵⁾.

O medo de cair novamente, constituindo um trauma psicológico decorrente do acidente por quedas, tanto pode ser protetor, quando o idoso toma mais cuidado para não se expor aos riscos, quanto pode ser risco quando causa alguma limitação e insegurança, deixando o idoso incapaz de realizar as atividades da vida diária. Idosos relataram não ter medo de cair novamente e entendem a queda como um evento que qualquer indivíduo pode vivenciar, não a identificando como um problema com possibilidade de ter consequências sérias, principalmente para eles⁽¹⁸⁾.

Idosos com menos preocupação em cair demonstraram ter maior força, resistência aeróbica e equilíbrio e agilidade quando comparados com aqueles com maior medo de cair, em estudo com 144 idosos praticantes de atividade física. Neste sentido, a prática de atividade

física torna-se eficaz na prevenção da ocorrência do medo de cair⁽¹⁹⁾. Assim, estratégias de intervenção voltadas para o desenvolvimento dessas capacidades físicas podem ser uma alternativa para a redução do medo de cair nessa população, como grupos na Atenção Básica voltados para esta temática e estimulação da prática de atividade física.

Paralelamente tem-se que a redução da ocorrência do medo de cair em idosos pode contribuir para a manutenção da autonomia/independência, auxiliando em uma execução das atividades de vida diária com maior confiança.

No aspecto local em que a queda ocorreu tem-se a área externa do domicílio como a mais referida pelos idosos⁽²⁰⁾. Em contrapartida, estes dados são divergentes de pesquisas nacionais e internacionais com idosos que sofreram queda, tendo interior do domicílio como o local mais frequente^(5,21-22). Importante ressaltar que a residência do idoso abrange uma série de fatores de risco para quedas, como tapetes não aderentes, superfícies escorregadias, escadas sem corrimão, tornando-se, na maioria das vezes, um ambiente propício para cair⁽¹³⁾.

Paralelamente, leva-se em consideração que o sexo feminino tende a cair mais do que o sexo oposto agregado ao fato de a mulher, por uma questão cultural, ter ficado mais em casa exercendo a profissão do lar, providenciando as refeições, limpando a casa, lavando roupa, cuidando da horta, entre outras atividades caseiras. Neste sentido, estará mais exposta aos riscos oferecidos dentro do domicílio, apresentando mais quedas. Da mesma maneira, cair mais no entorno da residência pode estar relacionado ao fato de a pesquisa ter sido desenvolvida na zona rural, em que a população transita mais na rua, no pátio, na lavoura, nos galpões e nas estradas. Soma-se ao fato de que os idosos-alvo desta análise relataram ainda trabalhar, dado que também pode ter influência no local das quedas.

Alicerçada nos resultados deste levantamento com idosos rurais e com base em consulta de literatura, torna-se oportuna a construção de uma proposta de um algoritmo de prevenção de quedas recorrentes, bem como a primeira queda. Se constituindo em um conjunto de dados que permite direcionar o trabalho e registrar oficialmente cuidados na resolução ou prevenção de um problema, no caso as quedas em idosos⁽²³⁾.

Ferramenta que se compõe de uma sequência finita de instruções, as quais irão delinear os cuidados direcionados a essa população, ou seja, um guia para os profissionais da saúde e de áreas afins⁽⁶⁾. Com isso, propõe-se uma visão mais abrangente do idoso que sofreu queda, bem como daquele que ainda não experimentou esse evento, atuando na tomada de decisão na prevenção de lesões e outros agravos decorrentes das quedas e de eventos futuros.

Neste sentido, o processo de gestão do cuidado com pacientes idosos vulneráveis aos acidentes por quedas, por meio da aplicação e implementação de protocolos ou guias de recomendação clínica, identificando ações que ajudem a evitar esses danos, é de grande valia na manutenção da qualidade de vida dos idosos. O algoritmo preventivo, embasado nas características dos idosos que sofreram queda e na literatura, sobressai como importante instrumento multidisciplinar para promover a uniformização do atendimento prestado aos idosos.

Avaliar e orientar os idosos que sofreram quedas e os com fatores de risco para tal por meio de um guia, além de prevenir esses eventos também proporcionará aos idosos conhecer as causas das quedas, com foco na prevenção destas. Neste sentido, estudo mostrou que cair esteve associado ao não recebimento de orientações para prevenção de quedas em idosos⁽²⁴⁾. Demonstrando a importância da equipe multiprofissional, bem como dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção de quedas de idosos, com explicação dos riscos a esses

acidentes e de suas consequências. Da mesma maneira que torna-se oportuno alertar a família e a comunidade sobre os fatores de risco aos quais os idosos estão expostos, evidenciando uma das estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, uma vez que cabe a estes o papel de atender de forma satisfatória e holística às necessidades daqueles que muito contribuíram para a sociedade.

Sugere-se aos profissionais da saúde uma abordagem integral aos idosos, englobando todos os aspectos do indivíduo no envelhecer, ou seja, não se restrinja à realização de exames e a receitar medicamentos, mas olhe essas pessoas em seus âmbitos psicológico, emocional e social, a fim de ajudá-las a enfrentar as dificuldades advindas da queda de uma forma saudável e condizente no que diz respeito à saúde e ao bem-estar. Evitar o evento queda é considerado, hoje, uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica em todos os cenários de saúde, sendo reconhecido como um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos.

CONCLUSÃO

Ao estudar o perfil dos idosos que sofreram queda obteve-se a predominância do sexo feminino, cor da pele branca e faixa etária 60-69 anos. A maioria não foi atendida por profissionais de saúde, não relatou trauma físico, não teve fratura; a metade da amostra referiu medo de cair.

Considerando que as quedas em idosos constituem-se em um problema de saúde pública, torna-se fundamental obter conhecimentos acerca do tema e unir, sistematicamente, dados sobre a sua magnitude, características e consequências para além da população urbana. E, levando em consideração os resultados encontrados nesta pesquisa com idosos rurais, pretende-se sensibilizar os profissionais da saúde sobre uma maior atenção aos idosos que sofreram queda e com risco para quedas.

Neste sentido, e diante desses dados, é necessário que se realizem ações voltadas para a prevenção das quedas em idosos, com uso rotineiro do algoritmo, com um planejamento dos cuidados. Entende-se que a uniformização do cuidado multiprofissional com a população idosa vulnerável aos acidentes por quedas, mediante protocolos de atendimento, demonstra importante intervenção educativa, favorecendo a padronização do atendimento a essa população. Apesar de que o reconhecimento da aplicação das recomendações contidas nas diretrizes clínicas possibilita alcançar melhores resultados assistenciais, seu uso ainda é incipiente. Em decorrência disso, têm crescido o interesse em identificar características facilitadoras do uso e estratégias efetivas para a sua disseminação.

Considera-se que os achados aqui apresentados poderão auxiliar e colaborar para a construção de outros estudos voltados à saúde do idoso residente na zona rural no que tange a questões referentes aos cuidados prestados a esse estrato populacional após um episódio de queda.

Apesar dos resultados relevantes, os quais trazem avanços para a literatura existente, o presente estudo apresenta algumas limitações. A principal a ser elencada se deve ao fato de não ter sido questionado ao idoso qual motivo desencadeou sua queda ou atividade desenvolvida durante o evento, dado este que poderia mostrar outros fatores identificados como de risco para quedas, essenciais na prevenção de novas quedas e quedas recorrentes. Outra limitação é o viés de recordatório, em que o idoso possa não lembrar de todas as quedas sofridas, pensando em ser algo natural do envelhecimento, bem como lembrar apenas das quedas que tiveram consequências mais graves.

REFERÊNCIAS

1. DELLAROA, MSG; PIMENTA, CA de M; LEBRÃO, ML; DUARTE, YA de O; BRAGA P.E. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional - Sabe. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 (3): 522-532, Mar., 2014.
2. NASCIMENTO, JS; TAVARES, DM dos S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. Texto Contexto Enferm., 25 (2), 2016.
3. SOARES, WJ DE S; MORAES, AS de; FERRIOLLI, E; PERRACINI, MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 17 (1): 49-60, 2014.
4. MESCHIAL, WC; SOARES, DFP DE P; OLIVEIRA, NLB DE; NESPOLLO, AM; SILVA, WA da; Santil, FL de P. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. Rev. Bras. Epidemiol. Jan.-Mar., 3-16, 2014.
5. RODRIGUES, IG; FRAGA, GP; BARROS, MB de A. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. Rev. Bras Epidemiol Jul-Set, 2014; 705-718.
6. PAES, GO; MELLO, E CP; LEITE, JL; MESQUITA, MG DA R; OLIVEIRA, FT DE; CARVALHO, SM. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. Esc Anna Nery [periódico na internet]. Apr-June 2014 [acesso 2013 nov 26]; 18 (2) .

7. TRIBESS, S; VIRTUOSO JÚNIOR, JS; OLIVEIRA, RJ de. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. Revista da Associação Médica Brasileira, v58, n.3, p341-7, 2012.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
9. CARNEIRO, JA; RAMOS, GCF; BARBOSA, ATF; VIEIRA, EDS; SILVA, JSR; CALDEIRA, AP. Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19 (4): 613-625.
10. MARTINS, NPF; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DM, dos S. Comportamentos de saúde e variáveis antropométricas entre idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24 (1): 47-54.
11. TAVARES, DM dos S; PAIVA, MM de; DIAS, FA; DINIZ, MA; MARTINS, NPF. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem Mar.-Abr., 21(2), 2013.

12. LO, AX; BROWN, CJ; MD; SAWYER, P, RICHARD, E; KENNEDY, RE; ALLMAN, RM. Life-Space Mobility Declines Associated with Incident Falls and Fractures. J. Am. Geriatr. Soc. 2014 May; 62 (5): 919-923.
13. OLIVEIRA, FBM; BALICA, BC da S. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017. Vol. Sup. 5, 249-255.
14. LIMA, ARA; HECK, RM; VASCONCELOS, MKP; BARBIERI, RL. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no Sul do Brasil. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2014 Abr.-Jun.; 23 (2): 365-72.
15. LOURENÇO, MA; ROMA, I; ASSIS, MR de. Ocorrência de quedas e sua associação com testes físicos, capacidade funcional e aspectos clínicos e demográficos em pacientes com artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol., 57 (3); 2017-223, 2017.
16. STAMM, B; LEITE, MT; HILDEBRANDT, LM; KIRCHNER, RM; MENEZES, LP. Cair faz parte da vida: fatores de risco para quedas em idosos. Rev. Fund. Care Online. 2016 Out./Dez.; 8 (4): 5080-5086.
17. CRUZ, DT; DUQUE, RO; LEITE, ICG. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 309-318.

18. MORSCH, P; MYSKIW, M; MYSKIW, J de C. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11): 3565-3574, 2016.
19. HAUSER, E; SANDRESCHI, PF; PARIZZOTTO, D; ARAÚJO, CCR; MAZO, GZ. Medo de cair e desempenho físico em idosos praticantes de atividade física. *Rev. Educ. Fís/UEM*, v. 26, n. 4, p. 593-600, 4. trim. 2015
20. ARAUJO NETO, AH; PATRICIO, ACFA; FERREIRA, MAM; RODRIGUES, BFL; SANTOS, TD; RODRIGUES, TDB; SILVA, RAR. Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(4):719-25.
21. LAMENCA, BS; LÓPEZ, AS; LARREA, LC; FERRER, CN; LABANDA, RM. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. *Gerokomos*. 2016; 27 (1): 2-7.
22. 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*, Rio de Janeiro, 29 (4): 758-768, Abr., 2013.
23. WERNECK, MAF, FARIA, HP, CAMPOS, KFC. Protocolos de cuidado a saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte (BH): Coopmed; 2009. Co-publicado por Nescon/UFMG.

Apêndices

Apêndice A - Quadro de artigos

Referência	Ano	População	Objetivos	Outros dados relevantes	Principais resultados/Conclusões
1 Pereira AA, Ceolin MF, Neri AL Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(3);535-546, mar, 2013	2013	689 idosos	Analisar associações entre sintomas de insônia, cochilo diurno e ocorrência de quedas em idosos residentes na comunidade	Estudo multicêntrico, populacional, de coorte transversal, estudo FIBRA (Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros)	49,9% dos idosos queixaram-se de um ou mais sintomas de insônia; o uso de medicamentos de dormir foi relatado por 19,7% dos idosos; 19,6% dos idosos apresentaram sintomas depressivos (GDS $\geq$ 6); 56% eram sedentários; 74,1% independentes funcionalmente para as AIVDs; 26,2% relataram ter sofrido queda no último ano. As variáveis associadas a quedas foram sexo feminino, idade acima de 80 anos, ter hábito de tirar cochilo diurno, uso de medicamentos para dormir, sintomas depressivos, sintomas de insônia, limitação funcional em AIVDs e 90 minutos ou mais de tempo acumulado em cochilos diurnos.
2 Aveiro MC, Driusso P, Braham EJ, Pavarini SCI, Oishi J Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos Ciência & Saúde Coletiva, 17(9):2481-2488, 2012	2012	739 idosos	Analisar a mobilidade e o risco de quedas e identificar a associação entre evento de quedas no ano anterior, idade, sexo e escore no MEEM	Estudo transversal em que foi aplicado o TUG ("Timed Up & Go")	Idade média foi de 69,9 (60 a 96 anos); 59% eram mulheres; o desempenho do TUG entre idosos caído e não caído foi diferente, idosos caídos demoraram mais tempo para realizar o TUG e idosos mais idosos também demoraram mais tempo para realizar o TUG; os idosos apresentaram uma diminuição da mobilidade com o envelhecimento e um maior risco de quedas O status cognitivo não se associou significativamente com quedas na amostra, podendo representar que não há maior

					risco de quedas entre idosos com alterações cognitivas avaliados pelo MEEM
3 Dellaroza MSG, Pimenta CA de M, Lebrão ML, Duarte YA de O, Braga PE Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional – SABE Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):522-532, mar, 2014	2014	1269 idosos, sendo 340 com dor há pelo menos um ano e 829 sem dor	Identificar a prevalência de relato de queda e avaliar a associação do relato de queda em idosos com dor crônica com as características da dor, a interferência da dor no trabalho, variáveis sociodemográficas, morbidade autorreferida, funcionalidade e alterações da mobilidade	Estudo epidemiológico transversal com amostra de base populacional	A prevalência de quedas foi de 28% entre os idosos, sendo 26,4% para aqueles sem dor crônica e 31,6% para aqueles com dor crônica, sem diferença estatística; 59,6% eram mulheres; 68,3% idosos que não trabalhavam; viviam com outras pessoas, 86,6%; a média de idade foi de 69,5 anos; a escolaridade ficou entre 1 e 4 anos; renda familiar até 3 salários mínimos; a prevalência do relato de quedas em idosos no último ano foi de 28% e, entre os idosos com dor há pelo menos um ano, foi de 31,6%. Foram observadas associações entre queda nos últimos 12 meses e as morbidades autorreferidas: hipertensão, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, incontinência urinária, problema nervoso ou psiquiátrico e catarata
4 Mújdeci B, Aksoy S, Atas A Evaluation of balance in fallers and non-fallers elderly Braz J Otorhinolaryngol 2012; 78(5):104-9	2012	30 idosos com mais de 65 anos; Grupo I: 15 idosos com história de pelo menos duas quedas espontâneas dentro do período de um ano; Grupo II: 15 idosos sem episódios de quedas	Avaliar o equilíbrio entre aqueles que sofreram quedas e aqueles que não as sofreram	Estudo quantitativo, de casos e controles; foram aplicados os seguintes Testes: Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), Posturografia Dinâmica Computadorizada (PDC), Teste de Organização	Os escores do TOS 3,6 e composto dos indivíduos do GI estiveram estatisticamente mais baixos quando comparados àqueles indivíduos do GII, isto quer dizer que o equilíbrio dinâmico da população idosa que sofre quedas está negativamente afetado. O equilíbrio postural, avaliado por meio do teste EEB mostrou que o equilíbrio corporal dos indivíduos vítimas de quedas estava negativamente afetado. Concluiu-se que o TOS pode ser utilizado com os mesmo

				Sensorial (TOS), Teste dos Limites de estabilidade (TLE) e Teste do Deslocamento Ponderal Rítmico (DPR)	propósitos do EEB, e que o equilíbrio dinâmico está negativamente afetado entre os idosos vítimas de quedas.
5 Almeida ST de, Soldera CLC, Carli GA de, Gomes I Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos Rev Assoc Med Bras 2012;58(4):427-433	2012	267 idosos	Analisar os fatores intrínsecos e extrínsecos que predispõem ao risco de quedas e fraturas	Estudo quantitativo, em que foram aplicados dois testes de equilíbrio: Teste do Alcance Funcional (TAF) e o <i>Timed Up and Go Test</i> (TUG) TAF e TUG são dois instrumentos utilizados para avaliar em idosos o risco de quedas e o equilíbrio corporal estático e dinâmico, são de fácil realização e validados no Brasil TAF: idosos frágeis com alcance menor do que 15 cm apresentam probabilidade quatro vezes maior de	76,8% eram mulheres; idade variou entre 60 e 90 anos, com média de 70,22 anos, sendo a faixa etária mais frequente a de 60 a 69 anos TAF (227 idosos): valor médio 17,6 (vmin: 4 cm e vmax: 33,5 cm); TUG (267 idosos): média 12,7 segundos. O presente estudo observou declínio funcional pela correlação entre TUG e idade; como fator intrínseco para o risco de quedas teve-se a faixa etária; a autopercepção da visão influenciada no TAF; a autopercepção de saúde se mostrou influente no TUG; fatores extrínsecos que influenciaram no TAF tem-se a última renda mensal e o tipo de moradia, viver em apartamento está associado à melhor renda, melhores valores do TAF. Os fatores intrínsecos que predispõem ao risco de quedas e fraturas são: faixa etária mais elevada; autopercepção ruim da visão e autopercepção ruim da saúde; os fatores extrínsecos são o tipo de moradia (residir em casa) e a renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo.

				quedas do que aqueles com alcance de 25 cm TUG: maior que 30 segundos – idoso com alto risco de quedas	
6 Siqueira FV, Fachchini LA, Silveira DS da, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélío A Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1819-1826, set, 2011	2011	6616 idosos residentes em áreas urbanas de 100 municípios em 23 estados brasileiros	Determinar a prevalência de quedas no Brasil e o estado de saúde dos idosos, e no que diz respeito a quedas, em termos de orientação recebida para evitar quedas, a ocorrência de fraturas, e a necessidade de utilizar o sistema de saúde para fazer cirurgia	Estudo de base populacional	59% eram mulheres; 42% da situação socioeconômica C; 58% com parceiro; 20% com IMC classificados como obesos e 86,5% sedentários durante seu tempo de lazer. A prevalência de quedas foi de 27,6%. Dos entrevistados que relataram quedas durante o passado ano, 53,5% tinham sofrido uma única queda, 21,2% mencionaram duas quedas; 13,3%, três quedas; e 12% quatro ou mais quedas. Dos que relataram quedas, 11% tiveram fraturas como resultado. Indivíduos obesos e sedentários apresentaram maior probabilidade de sofrer quedas.
7 Costa AG de S, Oliveira AR de S, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL de Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico Esc Anna Nery (impr), 14(4):684-689, out-dez, 2010	2010	73 idosos com diagnóstico médico de AVE	Identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas e seus fatores desencadeantes em pessoas idosas que vivenciaram um ou mais	Estudo exploratório, transversal	53,4% eram do sexo feminino; 56,1% eram solteiros ou viviam com companheiro; a idade média foi de 69,5 anos (DP=6,9); idosos apresentaram baixa renda per capita; encontraram-se 6,3 fatores de risco na população feminina e de 7 na população masculina. Entre os fatores encontrados, aqueles que foram percebidos em aproximadamente 50% ou mais dos participantes de ambos os sexos, foram: força

			episódios de AVE e eram acompanhadas em serviço de reabilitação física		diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, dificuldades na marcha, agentes anti-hipertensivos, equilíbrio prejudicado, idade acima de 65 anos e inibidores da ECA. O diagnóstico "Risco de queda" foi apresentado pela totalidade dos participantes do estudo. Ser idoso, do sexo feminino, usuário de medicamentos anti-hipertensivos e apresentar déficits motores, decorrentes de eventos incapacitantes como o AVE, representam os fatores de risco mais frequentes na ocorrência de queda.
8 Pimentel MR, Scheicher ME Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da Escala de Equilíbrio de Berg Fisioterapia Pesq 16(1):6-10, 2009	2009	70 idosos divididos em 2 grupos: ativos (n=35) e sedentários (n=35)	Analisar a probabilidade de ocorrência de quedas em idosos sedentários e ativos por meio do Teste de Equilíbrio de Berg	Estudo de casos e controles, idosos ativos e sedentários; foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg que contém 14 tarefas que variam de 0 (incapaz de realizar) a 4 (realiza com independência) pontos; os escores totais variam de 0 a 56 pontos, quanto maior o escore, melhor o equilíbrio do sujeito avaliado	25,7% eram do sexo masculino; entre os idosos sedentários, 60% sofreram quedas, e entre os idosos ativos, 31,5% sofreram quedas; os idosos sedentários faziam uso de maior número de medicamentos em relação aos idosos ativos; os idosos sedentários apresentavam mais doenças crônicas do que os idosos ativos. O desempenho médio no grupo sedentário no que se refere à escala de Berg foi de 47,7, e no ativo, 53,6, revelando uma diferença significativa nos escores da escala de Berg entre idosos que praticam atividades físicas e os que não praticam. O estudo mostrou que os sedentários têm 15 vezes mais chances de quedas do que os ativos. Os resultados permitiram concluir que o desempenho no Teste de Equilíbrio de Berg foi pior no grupo sedentário do que no

					grupo ativo, sugerindo que idosos sedentários têm maior risco de quedas e que a prática regular de atividades físicas interfere nesse desempenho.
9 Gai J, Nóbrega O de T, Rodrigues MP Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade Rev Assoc Med Bras 2010; 56(3):327-32	2010	83 mulheres idosas	Verificar quais os fatores associados à presença de queda em um grupo de mulheres idosas	Estudo descritivo com 83 mulheres idosas participantes do Projeto para a Promoção da Saúde	As 83 idosas alcançaram nota máxima nos índices de Katz e Lawton e Brody, sendo, portanto, consideradas independentes e autônomas; destas, 51,8% relataram ter sofrido queda no último ano. O fator estado de equilíbrio corporal apresentou-se como maior preditor de quedas nessa população. Idade média das idosas foi de 70,2 anos para as caídas e 68,7 para as que não sofreram quedas. Neste estudo, os fatores sociodemográficos não apresentaram significância estatística como preditor de quedas. A nota média obtida na escala de depressão geriátrica não teve significância estatística como fator preditor de queda. Em relação à autopercepção subjetiva da visão e a má autopercepção do estado de saúde não houve relação entre esses fatores e a queda.
10 Gawryszewski VP A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2):162-7	2010	Foram analisadas 1328 mortes registradas no SIM em 2007, 20726 internações no SIH/SUS em 2008 e os 359 atendimentos	Analisar as características das quedas no grupo etário com 60 anos ou mais, com ênfase nas quedas no mesmo nível, residentes no	Estudo quantitativo com dados secundários e primários cujas fontes de dados foram o SIM (CID 10 – W00 e W19 pertencem a	No ano de 2007, ocorreram 4.169 mortes decorrentes das causas externas entre idosos residentes no Estado de SP, sendo as quedas em primeiro lugar entre as mortes com 1.328 casos, o que representou 31,8% do total. O sexo masculino representou 51,2% das mortes.

		realizados em 24 UEs do Estado de São Paulo em 2007	estado de São Paulo, a partir da análise das diferentes fontes de informação oficiais disponíveis	categoria queda), DATASUS 2000, o SIH/SUS DE 2008, e os dados relativos aos atendimentos em emergências hospitalares são provenientes de 24 emergências selecionadas no estado de SP que participaram do Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no ano de 2007 Nesta última fonte os dados foram coletados por meio de entrevistas durante 30 dias consecutivos no mês de setembro em turnos alternados	Em relação às internações no SIH/SUS, no ano de 2008, foram registradas 20.726 internações decorrentes de quedas, o que representou 60,7% do total de internações por causas externas entre os idosos, tendo o sexo feminino o mais acometido, com 61,1%, as quedas do mesmo nível ocuparam o primeiro lugar, responsáveis por 47,7% do total, sendo que as quedas por escorregão, tropeço ou passo em falso foram as principais causas bem definidas de internação, respondendo por 22,8% do total. O tempo médio de internação dos pacientes em decorrência de quedas foi de 6,2 dias. Os dados provenientes das emergências hospitalares mostraram que, do total de atendimentos em idosos, 60,7% foram decorrentes de quedas, sendo as quedas no mesmo nível responsáveis por 66%; o local de ocorrência mais frequente foi a residência (65,8%), seguido pela via pública (23,2%). O sexo masculino respondeu por 142 casos (39,6%), e o feminino, pelos restantes 217 (60,4%); as fraturas foram responsáveis pelo maior número de atendimentos, 25% do total, com destaque para as fraturas dos membros inferiores, 12% do total.
11 Lima MCP, Simão MO, Oliveira JB de, Cavariani MB, Tucci AC, Kerr-	2009	432 idosos	Identificar o padrão de uso de álcool em indivíduos	Estudo de base populacional parte Genero, Álcool e	A média de idade foi de 69,5 (desvio-padrão - $\pm$ SD 76), sem diferenças entre os sexos. Em relação ao uso de álcool, mais mulheres (68,4%) do que os

Correa F Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(12):2603-2611, dez, 2009			com 60 anos e mais em uma amostra da população geral do Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, e analisar sua possível associação com quedas no ano anterior à entrevista	Cultura: um estudo internacional (Projeto GENACIS), de colaboração com Organização Panamericana de Saúde (OPAS), realizados em diferentes países, entre eles o Brasil Este estudo transversal baseia-se no geral população da Região Metropolitana de São Cidade Paulo	homens (23,6%) eram abstinências, a frequência de ser um ex-bebedor foi maior entre homens (38%) do que entre as mulheres (17,5%). Entre bebedores, havia mais homens do que mulheres em todas as categorias; 8,3% dos homens relataram ser pesados bebedores. Houve também diferenças em relação ao contexto de consumo: 40% dos homens relataram beber durante as refeições, semanalmente ou mais, enquanto apenas 18,9% das mulheres relataram esse padrão. Beber em bares ou pubs, uma vez ou mais uma semana, foi relatado por apenas 13,8% dos homens. Entre os bebedores, 14 (13,7%) relataram uso de risco de álcool. No ano anterior, 24,5% relataram quedas, que se associaram a uso de álcool e a ser mais velho. Embora a relação entre uso de risco de álcool e quedas encontrada neste estudo não permita inferir causalidade, tal associação sustenta a hipótese de que abuso de álcool entre idosos pode estar relacionado a problemas de saúde.
12 Narciso FV, Santos SS, Ferreira F, Lemos VS, Barauna MA, Cheik NC, Canto RS de T Altura percentual do centro de gravidade e número de quedas em idosos	2010	102 idosos	Identificar a altura percentual do Centro de Gravidade (CG) e o número de quedas (NQ) sofridas nos últimos 12 meses,	Estudo de coorte, com 102 idosos sendo 64 ativos participantes do projeto "Atividades físicas e recreativas para a	A idade média dos Idosos Ativos foi de 70,03, e dos Idosos Sedentários, de 65,87 anos; o sexo feminino prevaleceu nesta amostra. O resultado da altura porcentual do CG entre os IA foi de 57,54, e entre os IS, foi de 57,47; sobre o NQ no último ano foi de 0,91 para os IA e 1,03 para os IS, ao comparar essas

ativos e sedentários Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2010, 12(4):302-307			compará-los entre idosos ativos e sedentários e correlacioná-los com variáveis antropométricas (massa corporal, estatura e IMC)	Terceira Idade (AFRID) e 38 eram sedentários	variáveis entre o grupos de IA e IS não houve diferença estatisticamente significativa. Conclui-se que, tanto idosos ativos quanto idosos sedentários, apresentam sobrepeso e um valor de altura porcentual do CG acima do considerado fisiológico (55%), valor este que não apresentou diferença entre idosos fisicamente ativos e sedentários
13Chianca CM, Andrade CR de, Albuquerque J, Wencelau LCC, Tadeu LFR, Macieira TGR, Ercole FF Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte – MG Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2):234-40	2013	108 idosos cadastrados no PSF	Determinar a ocorrência de quedas em idosos cadastrados no PSF e associando a algumas variáveis apontadas na literatura	Estudo cross-seccional realizado durante os meses de agosto a dezembro de 2008 na cidade de BH-MG, e pertencentes ao Programa de Saúde da Família (PSF)	73 (67,6%) idosos eram do sexo feminino e 35 (32,4%) do sexo masculino; a média de idade foi de 75,91 anos, em que a idade mínima foi de 61 anos e a máxima de 95 anos; a raça prevalente foi a branca, com 50,9%; o estado civil viúvo, com 89,8%; e tipo de moradia própria, 90,7%; também residir com mais de 3 pessoas prevaleceu com 56,4%. Em relação à moradia, 36 idosos (33,3%) apresentaram residência com 6 cômodos; sobre o IMC, 52 (48,1%) idosos foram classificados como possuindo sobrepeso, e 82 idosos (75,9%) afirmaram não realizar nenhum tipo de atividade física. Sobre a acuidade visual 85(78,7%), idosos foram avaliados como possuindo deficit moderado, 55,6% relataram utilizar óculos como dispositivo de auxilio à visão, e 11,1% usavam dispositivo de auxilio à audição. Quanto à presença de obstáculos, 86 (79,2%) residências possuíam tapetes, sendo que em 78 (72,2%), estes se apresentavam como empecilho

					à movimentação dos idosos nos ambientes; 62 (57,4%) referiram fazer uso de medicamentos diariamente em sua maioria para controle da HAS e DM. Entretanto, a referência de uso diário de medicamentos como antiparkinsonianos, antidepressivos, hipoglicemiantes, antiepiléticos, antipsicóticos é baixa entre eles. Encontrou-se uma proporção de idosos que apresentaram quedas no último ano de 59,3; destes, 41 (64,1%) referiram ter sofrido mais de um evento queda no último ano. Identificou-se que 48,44% dos idosos sofreram queda da própria altura. O local mais frequente da queda foi o quintal e quarto, e 79,6% afirmaram insegurança ou medo de cair. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de quedas e a capacidade cognitiva dos idosos.
14 Meschial WC, Soares DFP de P, Oliveira NLB de, Nespollo AM, Silva WA da, Santil FL de P Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero Rev Bras Epidemiol Jan-Mar 2014; 3-16	2014	1444 ocorrências envolvendo idosos	Identificar os idosos vítimas de quedas, segundo o gênero, atendidos por serviços pré-hospitalares do município de Maringá, PR	Estudo transversal exploratório com as pessoas idosas que sofreram queda no município de Maringá nos anos de 2006 a 2008 e que foram atendidas pelo SAMU e SIATE Os dados foram coletados da	737 idosos do sexo masculino e 707 do sexo feminino. Houve prevalência nos atendimentos realizados pelo SIATE, correspondendo a 58,7%, em relação ao gênero; foi observado um maior percentual de quedas na população masculina (51,0%). A idade mais prevalente foi a faixa etária de 60-69 anos no sexo masculino, e no feminino, foi de 70-79 anos; foi constatada presença maior de álcool etílico nos homens (14,4%) em relação às mulheres (1,1%). Em ambos os gêneros, as quedas do

				ficha de atendimento de SAMU e SIATE	mesmo nível foram predominantes, com um percentual mais elevado no sexo feminino, porém, as quedas de nível elevado foram mais frequentes nos homens. As quedas ocorreram, em sua maioria, durante o dia, nos dias úteis e no domicílio do idoso. Dos 1.444 idosos atendidos, 1.347 foram conduzidos aos hospitais. Nos homens, os tipos de lesões mais frequentes foram os Ferimentos Cortocontusos; já nas mulheres as lesões mais frequentes foram as contusões; ao comparar homens e mulheres quanto à ocorrência de fraturas, é possível observar que as mulheres foram consideravelmente mais acometidas.
15 Antes DL, d'Orsi E, Benedetti TRB Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis <i>EpiFloripa Idoso</i> 2009 Rev Bras Epidemiol 2013; 16(2):469-81	2013	1705 idosos	Investigar as circunstâncias e consequências das quedas e os fatores associados a limitações para realizar atividades após a queda	Inquérito transversal de base populacional e domiciliar intitulado <i>EpiFloripa Idoso</i>	1.705 idosos, sendo 616 homens e 1.089 mulheres, com média de 70,7 anos de idade; entre os idosos 19% relataram ter sofrido queda no último ano; entre os idosos que caíram, 304 responderam à investigação de quedas (94,4%); a idade média do grupo que relatou queda foi de 72,5 anos; a prevalência de quedas nas mulheres foi de 21,5%, enquanto nos homens foi de 14,3%; em relação à situação conjugal, houve predomínio de casados (53,4%); a maioria dos idosos relatou somente uma queda nos 12 meses anteriores ao inquérito, durante o período matutino, enquanto caminhavam, dentro do domicílio, no quarto; a maioria

					necessitou de ajuda para levantar e permaneceu no chão por, no máximo, 1 minuto. As principais circunstâncias das quedas foram o tropeço e escorregão. A quase totalidade dos idosos relatou estar se sentindo bem em relação à saúde no dia da queda, assim como negaram ter ingerido bebida alcoólica. A maioria das quedas ocasionou alguma lesão, mais citada foi escoriação/arranhão. Mais da metade dos idosos não perdeu a consciência no momento da queda e não necessitou de atendimento médico no local. A maior parte não procurou atendimento médico após a queda e não modificou a medicação. Um quarto dos idosos restringiu a realização das atividades diárias normais em razão da queda. Mais da metade dos idosos responderam ter medo de cair novamente. Quando indagados sobre limitações para realizar alguma atividade após a queda, a maioria respondeu negativamente.
16 Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC	2009	147 idosos	Investigar a prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas	Estudo transversal, randomizado com idosos cadastrados no PSF-PACS. Foi aplicado o MEEM, e seguida uma entrevista por meio da <i>Faalls Efficacy Scale-International-Brasil</i> (FES-I-BRASIL) que	Dos 147 idosos, 94 (65,95%) eram mulheres e 53 (36,05%) homens, sendo a média de idade de 71,38 anos; 90,48% dos idosos apresentaram medo de cair em, no mínimo, uma das 16 tarefas propostas pela FES-I-BRASIL. No TUG, a maioria dos idosos revelou independência parcial para transferências básicas. A maioria dos idosos avaliados apresentou medo de cair independentemente do Histórico de Quedas. O medo

Fisioter 2009; 13(3):223-9			quedas (HQ)	avalia o medo de cair em 16 atividades diárias distintas. Na segunda etapa foi aplicado o: <i>Teste funcional de mobilidade (TUG, o Teste do alcance – “Functional Reach Test (FRT)”, o Teste Funcional para equilíbrio dinâmico – Marcha Tandem (MT)</i>	de cair pode ser protetor quando o idoso toma mais cuidado para não se expor aos riscos, mas também pode ser risco quando causa limitação e insegurança.
17 Resende SM, Rassi CM, Viana FP Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas Rev Bras Fisioter, 2008;12(1):57-63	2008	25 idosas	Avaliar o efeito de um programa de hidroterapia no equilíbrio e no risco de quedas em idosas	Estudo quase-experimental antes/depois sem grupo controle, realizado na Associação de Idosos do Brasil (AIB) em Goiânia (GO). Foi utilizado um questionário com a Escala de Equilíbrio de Berg, Teste Timed Up & Go, cronômetro, régua, degrau de 20 cm, duas cadeiras com 45 cm de altura, trena, estetoscópio e esfigmomanômetro	25 idosas com idade média de 72,60 anos, com faixa etária predominante de 70 a 79 anos, 28% com vida conjugal, 28% viviam sozinhas. Predominou a HAS (60%) e osteoporose (28%) como doença; 76% já tinham HQ e 20% já tiveram fratura como consequência da queda. Segundo os resultados obtidos, o programa de hidroterapia promoveu aumento significativo do equilíbrio das idosas verificado por meio da Escala de Equilíbrio de Berg. Os resultados demonstraram que o programa de hidroterapia promoveu redução significativa do risco de quedas das idosas.

				etro, piscina com formato retangular	
18 Cruz DT da, Ribeiro LC, Vieira M de T, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG Prevalência de quedas e fatores associados em idosos Rev Saúde Pública, 2012;46(1):138-46	2012	420 idosos	Estimar a prevalência de quedas em idosos e analisar fatores associados	Estudo epidemiológico transversal, observacional, com 420 idosos de 60 anos ou mais da zona norte da cidade de Juiz de Fora, MG Aplicadas as escalas do MEEM, Lawton, Katz e Brody	Foram analisados 420 questionários, 324 respondidos pelo idoso e 96 por outro respondente. A amostra foi composta de 65% de mulheres; 47% dos entrevistados eram casados ou viviam em regime de união estável; 88% residiam acompanhados; 58% pertenciam ao nível socioeconômico C. A média de idade foi de 69,7 anos (dp: 6,9) e a de escolaridade foi 3,9 anos de estudo (dp= 3,4) Quase dois terços (65%) disseram não ter dificuldade para andar, e 89% afirmaram não necessitar de auxílio para locomoção. Percepção ruim e ou regular de saúde foi relatada por 54% dos indivíduos, 60% ruim ou regular com relação à visão, e 31% com relação à audição. Mencionaram a necessidade de utilização de pelo menos um medicamento continuamente, 82% da amostra. A maioria era independente segundo avaliação da capacidade funcional para atividades básicas da vida diária (98%) e atividades instrumentais da vida diária (93%). A prevalência de quedas foi de 32,1%. Dos que sofreram quedas, 53% tiveram uma única queda e 19% tiveram fratura como consequência (47% membros inferiores). Mais da metade das quedas (59%) ocorreu no próprio

					domicílio. As quedas foram mais frequentes no sexo feminino, nos maiores de 80 anos, naqueles com necessidade de auxílio para locomoção, nos que declararam morbidade e naqueles com diagnóstico de osteoporose. As quedas estiveram associadas à percepção ruim ou regular de saúde e de visão, à dificuldade para andar, ao maior número de medicamentos e ao não recebimento de orientação para prevenção de quedas.
19 Fhon JRS, Rosset I, Freitas CP, Silva AO, Santos JLF, Rodrigues RAP Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade Rev Saúde Pública, 2013;47(2):266-73	2013	240 idosos	Analisar a prevalência de quedas de idosos frágeis, suas consequências e fatores associados	Estudo transversal com 240 idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana de Ribeirão Preto, SP, de novembro de 2010 a fevereiro de 2011 A coleta de dados foi realizada no domicílio por meio de entrevista estruturada A avaliação da fragilidade foi realizada pela Escala de Fragilidade de Edmonton, de Rolfson et al, validada para língua portuguesa	Entre os 240 entrevistados, 62,9% eram do sexo feminino; 25% possuíam 80 anos ou mais; a média de idade foi de 73,5 (dp=8,4) anos, a mínima de 60, e a máxima, de 94 anos; predominaram os casados no sexo masculino (79,8%) e viúvos no feminino (41,1%); 29,0% residiam com o cônjuge. Houve maior proporção dos indivíduos que estudaram de um a quatro anos (dp=5,4). A média de quedas entre os idosos frágeis foi de 1,61. Mais da metade das quedas (75%) ocorreram no próprio domicílio, e 84,7% foram da própria altura. Mais da metade (55,9%) referiu apresentar alteração do equilíbrio como fator de risco intrínseco causador das quedas. Quanto aos fatores extrínsecos, 57,6% mencionaram como principais os pisos irregulares, escorregadios e os desníveis. A principal consequência das quedas foi o medo de voltar a cair, considerado “síndrome

				por Fabrício-Wehbe et al. Esta escala possui nove domínios e pontuação que pode variar de 0 a 17 pontos. Os dados foram dicotomizados de acordo com os escores de fragilidade: frágil e não frágil com ponto de escore > 5 e $= 5$.	pós-queda". A prevalência de quedas foi de 33,3%, maior no sexo feminino; 36,3% dos idosos não apresentaram fragilidade, enquanto 66,7% a apresentaram em algum grau: 24,6% eram aparentemente vulneráveis, 18,3% possuíam fragilidade leve, 11,3% fragilidade moderada, e 9,6% fragilidade severa. A prevalência de quedas foi maior entre os idosos que apresentaram fragilidade e foi 59% maior entre os idosos considerados frágeis, comparada àqueles não frágeis. Entre os idosos frágeis, a prevalência de quedas foi de 38,6%; as mulheres e os idosos mais jovens apresentaram maior número e quedas.
20 Arndt ABM, Telles JL, Kowalski SC. O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor de Saúde na cidade de Brasília, 2009. Rev Bras Geriatr Gerontol, Rio de Janeiro, 2011; 14(2):221-231.	2011	O universo da amostra foi constituído por todos os casos de internação, decorrente de quedas, compreendidos no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de junho de 2009, de beneficiários com 60 anos ou mais de idade, em cinco hospitais privados credenciados.	Estimar o custo direto do tratamento cirúrgico da fratura de fêmur decorrente de quedas em pessoas idosas e os gastos decorrentes da reabilitação no período de dois meses subsequentes ao tratamento cirúrgico da lesão.	Estudo transversal, descritivo e retrospectivo com base documental sobre a estimativa dos custos diretos durante o período de internação, para o tratamento cirúrgico de fratura de fêmur e pós-operatório de até dois meses após a lesão. Fraturas de fêmur oriundas de	Houve predomínio da fratura de fêmur proximal 78,6% (n=11) para o sexo feminino. Os fatores de risco intrínsecos relacionadas às doenças crônicas pré-queda que foram identificados nos pacientes integrantes da amostra são: reumatológica/ortopédica (100%) n=21, cardiovascular (85,7%) n=18 e endócrino-metabólica (42,9%) n=9. As quedas resultaram em 16 fraturas de fêmur, sendo a maioria proximais. A primeira queda ocorreu para 80% dos idosos, e 19% relataram pelo menos uma queda anterior, tendo como resultado outros tipos de lesão. A taxa de morbimortalidade do grupo foi de 19%, e os óbitos ocorreram no período pós-operatório intra-hospitalar ou até dois

		a um convênio da cidade de Brasília		queda O custo direto dos recursos médico-hospitalares utilizados no tratamento foram computados da seguinte forma: TMI (Tempo médio de internação): número de casos, dias de internação em UTI, dias de permanência; e Despesas hospitalares	meses da alta hospitalar. Sobre o TMI, a faixa etária 60-69 anos demandou maior tempo de recuperação intra-hospitalar; o resultado se inverte para a permanência em Unidade de Terapia Intensiva, que foi maior para o grupo de 80 ou mais. Os custos diretos dos recursos médico-hospitalares utilizados na redução cirúrgica das fraturas de fêmur ficaram entre R\$ 8.293,55 e R\$ 139.837,50. Os recursos médico-hospitalares em <i>home care</i> , fisioterapia e serviços auxiliares, diagnósticos e terapêuticos representaram 5,7% do custo total do tratamento cirúrgico.
21 Fhon JRS, Wehbe SCCF, Venruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional Rev Latino-Am Enfermagem, 20(5), set-out 2012	2012	240 idosos	Estimar a prevalência de quedas e sua relação com a capacidade funcional	Pesquisa transversal, realizada na cidade de Ribeirão Preto, no estado de SP	Dos 240 idosos entrevistados, 25% pertenciam à faixa etária de 80 anos ou mais, sendo a idade mínima de 60 anos e, a máxima, de 94 anos, com média de idade de 73,5 anos (dp= + ou - 8,4); 62,9% eram do sexo feminino; no que se refere ao estado conjugal, 57,4% eram casados, e 31,3% viúvos; 48,8% frequentaram a escola entre um e quatro anos, e 14,6% eram analfabetos. A prevalência de quedas em relação aos últimos seis meses anteriores à entrevista foi de 33,3%; entre estes, a maioria era do sexo feminino, e eram considerados idosos mais jovens (60 a 79 anos). Em relação ao número de

					quedas, 25% sofreram entre uma e duas, sendo 25,8% do sexo feminino e 23,6% do masculino; 6,3% sofreram entre três e quatro quedas nos últimos seis meses, sendo que, destes, 8,6% eram do sexo feminino e 2,2% do masculino; 2,1% sofreram cinco quedas ou mais, dos quais, 2,0% do sexo feminino e 2,2% do masculino. Os locais mais relatados de ocorrência das quedas foram: no pátio/quintal e banheiro. A maioria das quedas nos idosos ocorreu da própria altura, seguida por cair da cama, sendo que 12,5% necessitaram de hospitalização. As maiores consequências consistiram em escoriações e, em menos proporção, entorse e luxação. Entre os fatores intrínsecos que causaram queda no idoso pode-se destacar: 50%, alteração do equilíbrio; 30%, fraqueza muscular; 28,8%, tontura/vertigem; 25% dificuldade para caminhar, entre outros. Entre os fatores extrínsecos prevaleceram: 26,3%, pisos escorregadios; 18,8%, pisos irregulares ou buracos; 11,3%, degrau alto e/ou desnível do piso; 8,8%, objetos no chão; 7,5%, tapetes soltos, entre outros. A queda pode trazer consequências físicas e/ou psicológicas, entre as quais se destacaram 67,5% com síndrome do medo de cair novamente; 41,3% apresentaram dificuldade para caminhar; 25%, ansiedade; 15% precisaram de ajuda para as atividades da vida diária; 12,5%, depressão; e 6,3%,
--	--	--	--	--	--

					perdas no que se refere à tomada de decisões para organizar sua própria vida.
22 Soares WJ de S, Moraes AS de, Ferriolli E, Perracini MR Fatores associados quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional Rev Bras Geriatr Gerontol, Rio de Janeiro, 2014; 17 (1):49-60	2014	391 idosos com 65 anos ou mais	Identificar a prevalência de quedas e de quedas recorrentes e explorar fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade em área urbana, na região central do Brasil	Estudo transversal de base populacional, com uma amostra de idosos comunitários residentes no município de Cuiabá-MT O estudo é parte de uma pesquisa multicêntrica, constituída a partir de uma rede de pesquisa de natureza multidisciplinar, denominada Rede FIBRA	A idade média foi de 72,4 (dp=6,0), sendo 63,7% do gênero feminino e 41,7% com até quatro anos de escolaridade. Do total de participantes, 37,5% referiram um episódio de queda no último ano, e 16,5% relataram duas ou mais quedas. Os resultados da análise univariada apontaram que o sexo feminino, morar só, ter HAS, artrite, sintomas depressivos e duas ou mais doenças do coração e fadiga autorreferida foram fatores de risco para quedas. Prevalência de quedas (37,5%) e quedas recorrentes (16,5%). Observou-se que a chance de cair no último ano foi maior para os idosos que moravam sozinhos, apresentavam cinco ou mais sintomas depressivos, relataram ter diagnóstico de artrite ou reumatismo e demonstraram ter baixa autoeficácia para evitar quedas. A chance de cair recorrentemente foi maior para as mulheres, para os mais velhos, para aqueles que moravam sozinhos, que relataram ter artrite ou reumatismo, com queixa de tontura e com cinco ou mais sintomas depressivos. Morar só foi uma característica observada tanto para quedas quanto quedas recorrentes neste estudo. Ter sintomas depressivos foi observado neste estudo como fator associado tanto a quedas

					quanto a quedas recorrentes. Idade avançada apresentou-se como fator de risco para quedas recorrentes apenas.
23 Rodrigues J, Ciosak SI Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco Rev Esc Enferm USP, 2012; 46(6):1400-5	2012	261 idosos vítimas de trauma	Identificar os fatores de risco para o trauma em idosos	Pesquisa com abordagem quantitativa transversal, realizada nas unidade de Pronto Socorro (PS) de dois hospitais da cidade de Curitiba	261 idosos vítimas de trauma, sendo 148 (56,7%) do gênero feminino; a idade variou de 60 a 103 anos e a média foi de 72,6 (dp=9,3 anos); idade avançada tem maior chance de queda; 63,7% dos homens tiveram trauma por queda, enquanto entre as mulheres, 85,1% tiveram trauma por essa mesma causa. Pacientes que trabalham têm maior chance do que aqueles que não trabalham. A renda até 3 salários mínimos está associada à maior probabilidade de trauma por queda (77,5%). Presença de cuidador - verificou-se que estão presentes em 31,8%, com distribuição semelhante para ambos os sexos, sendo a presença mais frequente junto a indivíduos acima de 80 anos. Entre os idosos que têm presença de cuidador, 91,5% dos casos de trauma foram por queda e apenas 8,4% por outros eventos. Esses resultados mostram que a presença de cuidador pode ser um fator protetor para a ocorrência de outros eventos. Idosos que deambulam com ajuda (bengala e muleta) são mais suscetíveis à queda do que idosos que não deambulam ou o fazem sem ajuda. Ter problemas de visão e não usar óculos, bem como ter problemas auditivos, implicam em maior probabilidade de queda.

					Presença de hipertensão e doenças cardíacas aumentam significativamente a probabilidade de queda do idoso; doenças articulares e osteoporose implicam em maior probabilidade de quedas, porém, sem significância estatística. Idosos que fazem uso contínuo de alguma medicação apresentam maior probabilidade de queda. Particularmente, o uso de anti-hipertensivo também está associado à queda. O uso de medicação que atua no sistema nervoso central, hipoglicemiante e diurético não interfere na chance de queda. Os resultados da análise multivariada permitem afirmar que, independentemente das outras variáveis incluídas no modelo, o gênero feminino, a presença de cuidador, medicação de uso contínuo e presença de problemas auditivos aumentam significativamente a probabilidade de trauma por queda.
24 Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC Prevalência de quedas em idosos e fatores associados Rev Saúde Pública, 2007;41(5);749-56	2007	4003 idosos com 65 anos ou mais	Analisar a prevalência de quedas em uma população de idosos e a influência de variáveis a elas associadas	Estudo transversal com amostra composta por 4003 idosos (65 anos ou mais) cuja coleta de dados foi realizada em 2005	A amostra incluiu 61% de mulheres, 70% de pessoas de cor da pele branca, 45% de nível socioeconômico. Aproximadamente 45% da amostra foi composta de pessoas viúvas, 50% nunca frequentaram a escola, e 73% eram aposentados. A idade média foi de 73,9 anos, variando de 65 a 103 anos; 57% dos indivíduos fumam ou já fumaram, enquanto 57,9% foram classificados como sedentários, e 65% têm uma percepção ruim ou regular de

					sua saúde. Em relação a medicamentos referidos para uso contínuo, aproximadamente 70% da amostra referiu a necessidade de utilização de pelo menos um medicamento continuamente. A prevalência de quedas foi de 34,8%; entre aqueles que relataram queda durante os 12 meses anteriores à pesquisa, 55% tiveram uma única queda. Entre os que experimentaram queda, 12,1% tiveram fratura como consequência da queda, 46% nos membros superiores e 28% nos membros inferiores, sendo 6,7% no fêmur. Na análise bruta e ajustada, as quedas foram mais frequentes nas idosas, idade avançada, sedentarismo, autopercepção ruim de saúde e maior número de medicamentos referidos para uso contínuo.
25 Pinho TAM de, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith A de AF, Bezerra VP Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde Rev Esc Enferm USP, 2012;46(2):320-7	2012	150 idosos	Avaliar o risco de quedas dos idosos atendidos na Comunidade Viver Bem	Estudo epidemiológico de corte transversal realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Viver Bem, localizada na cidade de João Pessoa/Paraíba-Brasil Esta unidade foi escolhida por situar-se numa região muito acidentada,	A idade variou de 60 a 96 anos, com idade média de 71 anos e desvio-padrão de 9,8 anos, observando que o sexo feminino representou 70,7% do total de entrevistados. Uma proporção de 68,2% de homens e 53,8% de mulheres informou nunca ter tido uma queda. Do total de idosos que participaram do estudo, a prevalência do número de repetição de quedas foi de 1 a 2 quedas, representando 30%. A maioria das quedas ocorreu da própria altura, correspondendo a 90,5%. Os locais mais frequentes de ocorrência de quedas foram:

				com muitas ladeiras, pisos irregulares, ausência de calçadas, com algumas ruas sem pavimentação, esgoto a céu aberto, pouca iluminação pública, fatores que podem contribuir para aumentar o risco de quedas nos idosos	rua/avenida (25,4%); pátio/quintal (22%); banheiro (16,9%) e hall (13,6%). A totalidade de idosos que sofreram queda (63 idosos) informaram não ter feito uso de bebidas alcoólicas antes da queda, porém, 15,9% fizeram uso de medicamentos. Os fatores extrínsecos mais frequentes foram: pisos escorregadios ou molhados (42,6%); pisos irregulares ou com buracos (35,2%); degrau alto e/ou desnível no piso (16,7%); escadaria sem corrimão (5,6%). Quanto aos intrínsecos, os mais frequentes foram: tontura/vertigem (61,1%); alterações do equilíbrio (47,2%); fraqueza muscular (36,1%) e dificuldade de caminhar (16,1%).
26 Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MB de A Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional Rev Bras Epidemiol jul-set, 2014; 705-718	2014	1520 idosos	Identificar fatores associados à ocorrência de quedas em idosos residentes do município de Campinas, São Paulo	Estudo transversal, de base populacional, realizado com uma amostra de idosos, 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes em área urbana do município de Campinas, SP. Foram analisadas as variáveis sobre quedas nos últimos 12 meses, sociodemográficas, econômicas,	59,5% eram do sexo feminino e tinham média de idade de 69,9 anos; 6,5% relataram a queda como principal acidente sofrido nos últimos 12 meses. Após ajuste por idade e/ou sexo, as maiores ocorrências de quedas foram observadas no sexo feminino, nos idosos mais velhos e nos viúvos. Entre as doenças crônicas, as associações derivadas da análise múltipla foram: reumatismo/artrite/artrose, osteoporose e asma/bronquite/enfisema. Em relação a outros problemas de saúde, as associações significativas com quedas foram constatadas com: dor de cabeça, tontura, insônia e TMC. A ocorrência de quedas se apresentou crescente com o número de morbididades e com

				morbidades crônicas, problemas de saúde, transtorno mental, número de medicamento, uso de bengala/andador	o número de problemas de saúde relatados, mesmo após ajustes. Verificou-se associação significativa entre quedas e maior número de medicamentos utilizados e uso de bengala ou andador. Observou-se que o local mais frequente da queda foi o próprio domicílio do idoso com 64%, seguido de ocorrências na rua com 26%. Entre os idosos que sofreram quedas relatadas como principal acidente sofrido nos últimos 12 meses, 56,7% ficaram acamados, entre os quais, 58,8% por três dias ou mais e 71,2% receberam assistência médica em decorrência da queda. A ocorrência de quedas referidas foi de 6,5%. A ocorrência de quedas se mostrou crescente com o aumento da idade, sendo 2,5 vezes mais frequente nos idosos com 80 anos ou mais em comparação aos de 60 a 69 anos.
27 Cavalcante ALP, Aguiar JB de, Gurgel LA Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará Rev Bras Gerontol, Rio de Janeiro, 2012; 15(1):137-146	2012	50 idosos	Investigar aspectos relacionados à ocorrência de quedas em idosos, tais como faixa etária e gênero mais acometidos, fatores de risco, associação ao uso de medicamentos, consequências físicas e	Estudo de corte transversal, de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Utilizou-se uma amostra composta por 50 idosos, moradores do bairro Cidade 2000, selecionada de forma intencional e	Participaram do estudo 50 pessoas, de ambos os gêneros, com idades entre 60 e 89 anos. Entre os idosos selecionados para o estudo, 64% pertenciam ao gênero feminino e 36% ao masculino. Quanto à faixa etária, 40%, 28% e 32% pertenciam, respectivamente, às faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80-89 anos; 42% dos idosos entrevistados apresentaram, no mínimo, um episódio de queda nos últimos dois anos antes da aplicação do questionário, dos quais, 71% eram do gênero feminino. A

			psicológicas, ocorrência de internação hospitalar e associação à prática de exercícios físicos	por critérios	ocorrência de queda foi verificada em 46,87% e 33,33% das mulheres e homens, respectivamente. Quanto ao número de quedas nesse período, 29% dos idosos sofreram uma queda, 33% duas, e 38% de três a cinco. A análise foi desagregada por faixas etárias, sendo observado que nas faixas de 60-69, 70-79 e 80-89 anos, a ocorrência de quedas foi relatada por 19%, 24% e 57% dos participantes, respectivamente. A maioria das quedas apresenta como causa o ambiente doméstico inadequado. Identificou-se que todos os acidentes ocasionados por quedas ocorreram no próprio lar do idoso, e entre os fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas, o mais citado foi superfície escorregadia. A maioria dos participantes, 80%, fazia uso de algum tipo de medicação prescrita por médicos. O anti-hipertensivo foi a classe de medicamentos mais consumida, seguida por analgésicos, hipoglicemiantes e antidepressivos. O uso de polifármacos não foi observado entre os idosos. Entre as consequências físicas e psicológicas após as quedas, a de maior ocorrência foi a fratura, indicada por 43% dos idosos. Outras consequências citadas foram trauma craniano (19%), depressão (19%) e ansiedade (19%). O local mais frequente das fraturas foi o rádio (56%), seguido por clavícula (33%) e costela
--	--	--	--	---------------	--

					(11%). Constatou-se que 33% dos idosos que caíram foram submetidos à internação hospitalar. Dos idosos pesquisados, 40% eram sedentários, e os demais praticavam caminhada (40%) ou hidroginástica (20%) no mínimo duas vezes por semana, havia, no mínimo, seis meses. No subgrupo dos sedentários, encontravam-se 90% dos idosos que haviam sido acometidos por quedas.
28 Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialment e Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2)	2007	490 prontuários	Gerar subsídios para ações que busquem trabalhar de modo correto e continuado, esses déficits, para que tanto o profissional quanto o cliente se tornem mais ativos no seu processo de cuidado/autocuidado	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, no qual são delineadas as variáveis relacionadas à ocorrência de quedas nos idosos atendidos ambulatorialmente, a partir dos diagnósticos de enfermagem Queda foi a variável dependente neste estudo	Dos 490 prontuários pesquisados, 137 consistiam no grupo de idosos com história de ocorrência de pelo menos um evento de queda, perfazendo o total de 27,9%, e os 353 (72,1%) restantes formam o grupo com registros de prontuários sem história de quedas nesse período; 116 (23,6%) eram do sexo masculino e significativa maioria, com um total de 374 idosos, corresponde aos idosos do sexo feminino, 76,4%. A média de idade dos idosos selecionados na amostra estudada está na faixa etária de 75 anos de idade, sendo que 75,3 anos nos homens e 83,2 anos nas mulheres, tendo uma média total de 79,2 anos. Sobre os diagnósticos de enfermagem, no grupo que sofreu pelo menos um evento de queda há 3,5 diagnósticos de enfermagem por idoso, e no grupo sem ocorrência, 2,7 diagnósticos por idoso. Verificaram significância entre a ocorrência de quedas e as variáveis: perda de equilíbrio,

					pressão arterial elevada, fraqueza e incontinência urinária. Sobre o uso de medicamentos, mostrou que os idosos que faziam uso de quatro ou mais drogas tinham história de quedas numa proporção inversamente proporcional àqueles que utilizavam até três medicamentos, demonstrando a importante contribuição dessa variável para aumentar a suscetibilidade de ocorrerem quedas nessa clientela.
29 Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro R da S, Jesus CS de Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 43-51	2013	94 idosos	Verificar a associação entre quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade	Recorte de pesquisa transversal de base populacional e comunitária intitulada Estado nutricional, comportamento de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA Utilizou-se o questionário SABE, o IPAQ Anteriormente à pesquisa foi aplicado o MEEM	A população do estudo constituiu-se de 56 mulheres (59,6%) e 38 homens (40,4%). A média de idade foi de 86,1 anos (DP: 6,39), sendo a idade máxima de 105 anos. Foram classificados como dependentes para atividades básicas da vida diária, 19,6% dos idosos. Sobre ler e escrever, 78,7% não sabiam; 55,3% estavam sem união estável; 94,6% participavam de atividade religiosa; 73,9% eram insuficientemente ativos; 51,6% apresentavam duas ou mais doenças crônicas. Sobre quedas, 27,7% a tiveram. Os resultados mostraram forte associação entre queda e capacidade funcional, mesmo após ajuste para fatores sociodemográficos, atividade física e doenças crônicas. O estudo mostrou que a probabilidade de sofrer queda em um período de 12 meses é, aproximadamente duas vezes maior entre os idosos dependentes para ABVDs do

					que entre os independentes.
30 Motta LB da, Aguiar AC de, Coutinho ESF, Huf G Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro Rev Bras Gerontol, Rio de Janeiro, 2010; 13(1):83-91	2010	1064 idosos	Estimar a prevalência de queda no último ano e estratificá-la segundo um conjunto de características individuais nos idosos residentes em um município do Estado do Rio de Janeiro, a fim de orientar intervenções preventivas posteriormente junto à Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde	Estudo seccional conduzido em idosos com 60 anos ou mais residentes no Município de Engenheiro Paulo de Frontin entre os meses de setembro e novembro de 2007	Foram entrevistados 1.064 idosos, sendo que a maioria eram mulheres, (57%), casados e viúvos (81%), com uma idade média de 71,4 anos. De um modo geral, trata-se de uma população pobre, com poucos anos de escolaridade. Cerca de 90% dos idosos tinham renda entre um e quatro salários mínimos e apenas um terço estudou por mais de quatro anos. Entre 30% e 50% queixavam-se de limitações em alguma capacidade funcional, com exceção das atividades mais elementares, como tomar banho e alimentar-se, em que este índice era menor. Na avaliação das capacidades cognitivas e do humor, 83% declararam sentir-se amparados em caso de necessidade, mas, apesar disso, cerca de 30% sentiam-se sós e 50% afirmaram ter perdido o interesse por suas atividades. Apenas cerca de um terço considerava sua renda suficiente e sua saúde boa.

Apêndice B - Carta de Autorização da Superintendência de Ações em Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

De: Patrícia Mirapalheta Pereira (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFPel) e Celmira Lange (Orientadora Profª. Drª. da UFPel)

Para: Ana Lúcia Costa (superintendência de ações em saúde)

Vimós, por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a permissão para ter acesso à ficha de cadastro dos idosos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural de Pelotas. O acesso as fichas de cadastro será o primeiro passo para coleta de dado, por meio delas iremos localizar os idosos da zona rural de Pelotas e convidá-los a participarem da pesquisa intitulada: **Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa.**

A pesquisa tem por objetivo: Analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados.

Informamos que serão utilizados das fichas de cadastro, somente o nome, idade, telefone, endereço dos idosos. Estes e os dados coletados junto aos sujeitos serão utilizados, exclusivamente, para produção científica, que resultará em um trabalho de tese para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Profª. Drª. Celmira Lange.

A pesquisa será realizada somente depois de autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os sujeitos só participarão da mesma após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

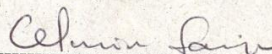
Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.

Atenciosamente,



Patrícia Mirapalheta Pereira
Doutoranda PPGEinf UFPel



Celmira Lange
Orientadora. Dr.ProfªPPGEinf-UFPel

De acordo


Ana Costa
Superintendência de
Ações em Saúde
UFPel

Ana Lúcia Costa
(superintendência de ações em saúde)

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Pelotas - UFPel Faculdade de Enfermagem

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “Prevalência e fatores associados da Síndrome da Fragilidade na população idosa”, com o objetivo de avaliar a fragilidade entre idosos da população rural de Pelotas e os fatores associados a essa síndrome.

É importante destacar que a proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas com questões fechadas. Não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

O projeto não apresenta riscos físicos aos sujeitos do estudo, porém, se alguma questão causar constrangimento no momento da coleta de dados, o senhor (a) poderá negar-se a respondê-la, pois sua participação é livre e voluntária.

O benefício de sua participação na pesquisa se dará mediante sua contribuição para o conhecimento sobre a Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI) e a construção de estratégias de prevenção e ações de saúde que atendam às reais necessidades do idoso fragilizado por essa síndrome.

Os resultados dessa pesquisa contribuirão para adequação de serviços existentes e planejamento de outros, de forma a garantir maior investimento na saúde pública para prevenção da fragilidade e atenção ao idoso frágil.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fui informado; declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, de que será realizada uma entrevista contendo questões sobre os fatores socioeconômicos e demográficos, saúde e comportamentais. Além disso, declaro estar ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me a qualquer momento, se assim o desejar;
- A coleta de dados não prevê procedimentos invasivos ou de ordem moral, considerando que, durante a entrevista, as questões poderão ser respondidas na totalidade ou em parte;
- A segurança de que não serei identificado na entrevista que será realizada e pelo pesquisador, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;
- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;
- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e de que ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.

Ciente, eu _____ concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 2014

Digital

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora: Patrícia Mirapalheta Pereira telefone: (53) 98125-4446

e-mail: patihepp@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^a-Dr^a Celmira Lange telefone: (53) 99156-6878

e-mail: celmira_lange@terra.com.br

Apêndice D - Autorização para utilização dos dados da pesquisa principal

Pelotas, 15 de março de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Fernanda dos Santos**, pós-graduanda do Doutorado em Ciências da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participou ativamente na elaboração da pesquisa “Prevalência e fatores associados à Síndrome da Fragilidade na população idosa”, sob minha coordenação. Desta forma, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar a sua tese de doutorado intitulada “**Prevalência e fatores associados a quedas na população idosa rural**” sob minha orientação. Ressalto que esta tese faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora e orientadora do projeto.



Prof^a-Enf^a Dr^a Celmira Lange

Coordenadora do Projeto de Pesquisa

Apêndice E - Questionário da pesquisa

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa	
IDENTIFICAÇÃO	
1. Número do questionário _ _ _	nq _ _ _
Unidade Básica (01) Vila Nova (06) Grupelli (02) Monte Bonito (07) Maciel (03) Cordeiro de Farias (08) Cerrito Alegre (04) Pedreiras (09) Osório (05) Triunfo (10) Corrientes	ubs _
2. Número do(a) entrevistador(a) _ _ Cada entrevistador terá um número de identificação: Andressa: 01 Caroline:06 Taniely:11 Denise: 02 Camila:07 _____:12 Fernanda: 03 Daniel:08 _____:13 Letícia: 04 Juliana:09 _____:14 Patrícia: 05 Luiza: 10 _____:15	nent _ _
Data da entrevista: _ _ / _ _ / 2014	Horário de início da entrevista: _ _ : _ _ h
3. Entrevista realizada com: (1) Idoso(a) (pule para a questão nº5) (2) Respondente auxiliar (3) Respondente substituto	entco _
4 O respondente é: (1) Familiar (2) Amigo (3) Cuidador pago (4) Outro _____ (8) NSA	respo _
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DO IDOSO	
Todos os dados são referentes ao idoso	
5. Qual é a sua idade? _ _ _	idade _ _ _
6. Qual o seu nome? _____	
7. Qual o seu endereço? _____	
8. Qual seu telefone de contato: () _____ Referências: Nome _____ Fone: () _____ Nome _____ Fone: () _____ Nome _____ Fone: () _____ _____	
9. Qual a sua data de nascimento? _ _ / _ _ / _ _ _ _	datn _____
10. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (0) Masculino (1) Feminino	sex _
11. Qual sua cor da pele ou raça (REFERIDA PELO ENTREVISTADO)	

(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	corpel _
12. Qual a sua situação conjugal? (1) Com companheiro (2) Sem companheiro	situc _
13. O(a) senhor(a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim (pule para a questão nº 16) (9) IGN	mora _
14. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? __ pessoas (88) NSA (99) IGN	nmora _ _
15. Marque com X qual a relação de parentesco destas pessoas que moram com o(a) senhor(a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogra/Sogra (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s)/filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s)/irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA	espmo _ paimo _ maemo _ netomo _ sogmo _ filhomo _ irmor _ outmo _ empmo _
16. O(a) senhor(a) costuma ficar sozinho(a) durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, um período de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho(a)	sozi _
17. O(a) senhor(a) frequentou a escola? (0) Não (pule para a questão nº 19) (1) Sim (9) IGN	fesc _
18. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? __ anos aprovados (88) NSA (99) IGN	anesc _ _
19. O (a) senhor(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	apos _
20. O (a) senhor(a) trabalha? (0) Não (1) Sim (9) IGN	trab _
21. Qual é ou era a sua profissão? _____ (8) NSA (9)IGN	
22. Qual é a sua renda mensal total? R\$ _____, _____ reais	
23. Quantas pessoas dependem da sua renda mensal? (inclua o(a) senhor(a)) __ pessoas	drend _ _
24. O(a) senhor(a) teve filhos (inclua filhos adotivos)? (0) Não (pule para a questão nº26) (1) Sim (9) IGN	filho _
25. Quantos filhos o(a) senhor(a) teve ? __ filhos (88) NSA (99) IGN	filhq _ _
AS QUESTÕES Nº 26 À 36 PERGUNTAR SOMENTE PARA MULHERES IDOSAS	
26. Quantas gestações a senhora teve? (0) Nenhuma (pule para a questão nº 30) (1) 1 a 4 (2) 5 a 8 (3) mais de 9 (8) NSA (9) IGN	gest _
27. A senhora teve seu primeiro filho com 30 anos ou mais? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	pgest _
28. A senhora amamentou? (0) Não (pule para a questão nº 30) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	amam _
29. Quanto tempo a senhora amamentou? (0) 1 a 6 meses (1) 7 a 12 meses (2) 13 meses mais (8) NSA (9) IGN	tamam _
30. Com que idade foi sua primeira menstruação? (0) Antes dos 12anos (1) 12 anos ou mais (8)NSA (9)IGN	menst _

31. A senhora fez uso de anticoncepcional hormonal? (0) Não (pule para a questão nº 33) (1) Sim (8)NSA (9) IGN	anti _
32. Por quanto tempo a senhora usou? _ _ _ meses (888) NSA (999) IGN	antit _ _ _
33. A senhora já realizou coleta de citopatológico/papanicolau (pré-câncer)? (0) Não (pule para a questão nº35) (1) Sim (8)NSA (9) IGN	citop _
34. Qual foi o ano da sua última coleta de citopatológico/papanicolau (pré-câncer)? _ _ _ _ (8888) NSA (9999) IGN	ucitop _ _ _ _
35. A senhora já fez mamografia? (0) Não (pule para a questão nº37) (1) Sim (8)NSA (9) IGN	mamo _
36. Qual foi o ano da sua última mamografia? _ _ _ _ (8888) NSA (9999) IGN	umamo _ _ _ _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A “ PROBLEMAS DE SAÚDE”	
37. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue ou diabetes? (0) Não (pule para a questão nº46) (1) Sim (9) IGN	mdiab _
38. Há quanto tempo o(a) senhor(a) foi diagnosticado(a) com diabetes? _ _ _ meses (888) NSA (999) IGN	tdiab _ _ _
39. Qual o tipo de diabetes que o(a) senhor(a) tem? (0) Tipo 1 (1) Tipo 2 (8) NSA (9) IGN	tidiab _
40. O(a) senhor(a) faz uso de medicação para o tratamento de diabetes? (0) Não (pule para a questão nº 42) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	mdiab _
41. Que tipo de medicação o(a) senhor(a) utiliza? (0) Oral (comprimidos) (1) injetável (insulina) (2) ambos (8) NSA (9) IGN	tmdiab _
42. O(a) senhor (a) realiza o controle de glicemia? (0)Não (pule para a questão nº 44) (1) Sim (8)NSA (9)IGN	cdiab _
43. Com que frequência o(a) senhor(a) realiza controle de glicemia? (0) Diário (1) 1 vez por semana (2) A cada 15 dias (3) Mensal (8) NSA (9) IGN	fcdiab _
44. O(a) senhor(a) teve alguma complicação por causa da diabetes? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	codiab _
45. Que tipo de alteração o(a) senhor(a) teve? Retinopatia (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Nefropatia (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Neuropatia (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Cardiopatias (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Amputação de membros inferiores (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Pé diabético (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Úlceras (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN Outra?Qual? _ _ _ _ (0) Sim (1) Não (8)NSA (9)IGN	ret _ nef _ neu _ card _ amp _ pediab _ ulcer _ Outcan _
46. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem Pressão Alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN	pa _
47. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de reumatismo ou nas “juntas”? (0) Não (1) Sim (9) IGN	reum _
48. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem osteoporose? (0) Não (1) Sim (9) IGN	osteo _
49. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problemas de coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cora _
50. Algum médico disse que o(a) senhor(a) já teve derrame ou isquemia cerebral? (0) Não (pule para a questão nº 53) (1) Sim (9) IGN	avc _
51. O (a) senhor(a) ficou com alguma sequela em virtude do derrame ou da isquemia? (0) Não (pule para a questão nº 53) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	savc _
52. Qual dessas funções ficou afetada pelo AVC? (referida pelo entrevistado) Fala (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Visão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Apreensão palmar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fala _ visao _ aprep _ camin _

Compreensão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	compre _
53. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema respiratório crônico? (0) Não (1) Sim (9) IGN	resp _
54. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema gástrico? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ulcgas _
55. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de visão? (0) Não (pule para a questão nº57) (1) Sim (9) IGN	pvisa _
56. O(a) senhor(a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ocul _
57. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de audição? (0) Não (pule para a questão nº59) (1) Sim (9) IGN	audi _
58. O(a) senhor(a) faz uso de aparelho auditivo? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	apaudi _
59. O(a) senhor(a) já esteve hospitalizado nos últimos 12 meses? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	hosp _
60. O(a) senhor(a) já esteve institucionalizado (residiu em casas para idosos) nos últimos 12 meses? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	insti _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS AO “ CÂNCER”	
61. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem algum tumor/câncer? (0) Não (pule para a questão nº69) (1) Sim (9) IGN	can _
62. Qual o localização desta doença? _____ (8) NSA (9) IGN	locan _
63. Há quanto tempo o(a) senhor(a) foi diagnosticado com essa doença? _____ dias (8888) NSA (9999) IGN	tcan _ _ _ _
64. Qual foi o período (em dias) entre o reconhecimento do primeiro sintoma e a realização da primeira consulta? _____ dias (888) NSA (999) IGN	tcons _ _ _
65. Qual foi o período (em dias) entre a primeira consulta e a realização da biópsia? _____ dias (888) NSA (999) IGN	tbiop _ _ _
66. Qual foi o período (em dias) entre o resultado da biópsia e o início do tratamento? _____ dias (888) NSA (999) IGN	ttrat _ _ _
67. Qual o tratamento que o(a) senhor(a) realiza e/ou realizou para essa doença? Não realizo/realizei nenhum tratamento (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Quimioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Cirurgia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Radioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Hormonioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	nenhum _ quimio _ cirur _ radiot _ horm _
68. O médico disse ao senhor(a) que ocorreram metástases (câncer em outro local)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	metcan _
69. O(a) senhor(a) já teve câncer? (0) Não (pule para a questão nº 73) (1) Sim (9) IGN	tevcn _
70. Qual foi a localização da doença? _____ (8) NSA (9) IGN	locant _
71. Qual foi o tratamento que o(a) senhor(a) realizou para essa doença? Não realizo/realizei nenhum tratamento (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Quimioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Cirurgia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Radioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Hormonioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	nenhumt _ quimiot _ cirurt _ radiott _ hormt _
72. O médico disse que ocorreram metástases (câncer em outro local)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	metcant _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A OS SEUS “ HÁBITOS COMPORTAMENTAIS”	
73. O(a) senhor (a) é fumante? (0) Não (pule para a questão nº 75) (1) Sim Quanto tempo? _____ (9) IGN	fumo _ fumot _ _ _

74. Qual é o tipo de fumo que o(a) senhor(a) consome? (1) Cigarro industrializado (2) Cigarro de palha (3) Fumo de corda (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	tfumo _
75. O(a) senhor(a) é ex-fumante? (0) Não (pule para a questão nº78) (1) Sim (9) IGN	exfumo _
76. Por quanto tempo o(a) senhor(a) fumou? ___ meses (888) NSA (999) IGN	tfumou _ _ _
77. Quanto tempo faz que o(a) senhor(a) parou de fumar? ___ meses (888) NSA (999) IGN	tparou _ _ _
78. O(a) senhor(a) costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque)? (0) Não (pule para a questão nº 81) (1) Sim (9) IGN	bebid _
79. Com qual frequência o(a) senhor(a) costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, licor)? (1) Raramente (pule para a questão nº 81) (2) Final de semana (pule para a questão nº 81) (3) Diariamente (8) NSA (9) IGN	fbebid _
80. Qual quantidade o(a) senhor(a) consome de bebida alcoólica diariamente? (Considerar um copo de 200 ml) (1) Menos de 1 copo (2) De 2 a 4 copos (3) Mais de 4 copos (8) NSA (9) IGN	qbebid_
AGORA SERÃO FEITAS QUESTÕES SOBRE CONTATO COM PRODUTOS QUÍMICOS	
81. O(a) senhor(a) costuma utilizar produtos químicos no controle de pragas na lavoura ou em doenças de animais? (0) Sim, utilizo (1) Não, mas já utilizei (2) Nunca utilizei (pule para a questão nº 88) (9) IGN	pquim _
82. Onde ficam ou ficavam guardados os produtos químicos? (1) Em um depósito fora da casa específico para produtos químicos (2) Em um local da casa: porão, armários, canto, etc (3) Em um lugar externo que armazena outros produtos agrícolas (4) Outros: _____ (8) NSA (9) IGN	lquim _
83. O que o(a) senhor(a) faz ou fazia com as embalagens vazias? (1) Deixa ou deixava em algum lugar no campo ou no arroio/sanga (2) Enterra/enterrava (3) Queima/queimava (4) Recolhe/recolhia para o depósito municipal (5) Coloca/colocava em depósito próprio de lixo tóxico (6) Reaproveita/ reaproveitava em casa Como: _____ (7) Outros Quais _____ (8) NSA (9) IGN	emvaz _
84. O(a) senhor(a) costuma ou costumava utilizar algum tipo de Equipamento de Proteção Individual para lidar com estes produtos? (0) Não (pule para a questão nº 86) (1) sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	epi _
85. Que tipo de Equipamento de Proteção Individual o senhor (a) costuma ou costumava utilizar? Bota (0)Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Luva (0)Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Chapéu (0)Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Máscara (0)Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Roupas impermeáveis (0)Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	bota _ luva _ chap _ masc _ roupi _

Outro Qual? _____	outepi_
86. O(a) senhor(a) já teve alguma intoxicação por estes produtos químicos? (0) Não (pule para a questão nº 88) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	intox _
87. Quantas vezes o senhor (a) teve intoxicação? (1) Apenas uma vez (2) Duas ou mais (8) NSA (9) IGN	intoxv _
88. O(a) senhor(a) costuma fazer uso de outros produtos químicos como: Tintas (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Graxas (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Solventes (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Querosene (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Thinner (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN Óleos de máquinas (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	tint _ grax _ solv _ quero _ thin _ olem _
AGORA SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE EXPOSIÇÃO SOLAR	
89. O(a) senhor(a) tem o costume de se expor ao sol? (0) Não (pule para a questão nº 91) (1) Sim (9) IGN	expsol _
90. Quantas horas o(a) senhor(a) se expõe ao sol diariamente? (0) Até 2 horas (1) 3-4 horas (2) 5-6 horas (3) 7 horas ou mais (8) NSA (9) IGN	hsol _
91. O(a) senhor (a) costuma ou costumava se expor ao sol no período das 10 horas da manhã as 16 horas da tarde? (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	texp _
92. O(a) senhor(a) costuma usar filtro solar? (0) Não (Pule para a questão nº 94) (1) Sim (2) Às vezes (9) IGN	fsolar _
93. O(a) senhor(a) utiliza filtro solar somente em dias de sol? (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	fsol _
94. O(a) senhor(a) utiliza alguns dos itens abaixo para se proteger do sol? Chapéu (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Camisa de manga comprida (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Óculos de sol (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Calça comprida (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN	pchap _ pcami _ pocul _ pcalc _
AS QUESTÕES Nº 95 A 97 DEVERÃO SER REALIZADAS SOMENTE PARA OS HOMENS IDOSOS	
95. O senhor já fez algum exame de próstata? (0) Não (pular para a questão nº 98) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	prost _
96. Que tipo de exame que o senhor fez? (0) PSA (sangue) (1) Toque retal (2) Ambos (8) NSA (9) IGN	tprost _
97. Qual foi o último ano em o senhor realizou o exame de próstata? ____ (8888) NSA (9999) IGN	exprost _ _ _ _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A OS SEUS “ HÁBITOS ALIMENTARES”	
98. Qual é seu peso? ____ quilogramas (999) IGN	peso _ _ _
99. Qual é a sua altura? ____ centímetros (999) IGN	altur _ _ _
100. Calcule o IMC (índice de massa corporal) do idoso: ____ , ____ (888) NSA	imc _ _ _
101. Quantas refeições o(a) senhor(a) faz diariamente? (0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (9) IGN	nref _
102. O (a) senhor(a) tem o hábito de comer alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas) diariamente?	carb _

(0) Não (pule para a questão nº 105)	(1) Sim	(9) IGN	
103. Estes cereais fazem parte de quantas das suas refeições diárias?			ncarb _
(0) 1-2 refeições	(1) 3-4 refeições	(2) 5-6 refeições	(8) NSA (9) IGN
104. Geralmente (maioria das vezes) esses cereais são integrais?			carbint _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
105. O(a) senhor(a) consome frutas todos os dias?			frut _
(0) Não (pule para a questão nº 107)	(1) Sim	(9) IGN	
106. Quantas frutas o(a) senhor(a) come diariamente?			pfrut _
(0) 1	(1) 2-3	(2) 4 ou mais	(8) NSA (9) IGN
107. O(a) senhor(a) consome legumes e verduras todos os dias?			legver _
(0) Não (pule para a questão nº 109)	(1) Sim	(9) IGN	
108. Os legumes e verduras fazem parte de quantas das suas refeições diárias?			plegver _
(0) 1 refeição	(1) 2-3 refeições	(2) Mais de 4 refeições	(8) NSA (9) IGN
109. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome carne vermelha (gado, porco, ovelha)?			fcarn _
(0) Não consumo	(1) Diariamente	(2) 1-3 vezes por semana	(3) Quinzenalmente (9) IGN
110. Qual é a frequência que o(a) senhor (a) consome carne de aves (frango, marreco, pato, ganso)			faves _
(0) Não consumo	(1) Diariamente	(2) 1-3 vezes por semana	(3) Quinzenalmente (9) IGN
111. Qual é a frequência que o(a) senhor (a) consome peixes?			fpeix _
(0) Não consumo	(1) Diariamente	(2) 1-3 vezes por semana	(3) Quinzenalmente (4) Somente algumas vezes no ano (9) IGN
112. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes (ave, bovina, suína e outras)?			gord _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
113. Normalmente como é o preparo das seguintes carnes?			pcarn _
Carne vermelha	(1) Frito	(2) Assado	(3) Cozido (8)NSA (9)IGN
Frango /aves	(1) Frito	(2) Assado	(3) Cozido (8)NSA (9)IGN
Peixe	(1) Frito	(2) Assado	(3) Cozido (8)NSA (9)IGN
114. O (a) senhor(a) consome leite e seus derivados(iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos, nata, manteiga e outros) diariamente?			leit _
(0) Não (pule para a questão nº 116)	(1) Sim	(9) IGN	
115. Geralmente (maioria das vezes) qual é o tipo de leite e seus derivados o(a) senhor(a) consome?			tleite _
(1) Integral /In natura	(2) Desnatado	(8) NSA	(9) IGN
116. Pense nos seguintes alimentos: presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), frituras em geral, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência?			embut _
(1) Raramente ou nunca	(2) Menos de 2 vezes/semana	(3) De 2 a 3 vezes/semana	(4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN
117. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura e biscoitos doces O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência?			doces _
(1) Raramente ou nunca	(2) Menos de 2 vezes/semana	(3) De 2 a 3 vezes/semana	(4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN
118. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome alimentos defumados (linguiça, salame, carne)?			defum _
(1) Raramente ou nunca	(2) Menos de 2 vezes/semana	(3) De 2 a 3 vezes/semana	(4) De 4 a 5 vezes/semana (5) Todos os dias (9) IGN
119. Qual o tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?			tgord _
(1) Não utilizo gordura para cozinhar	(2) Banha animal ou manteiga		

(3) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão, ou margarina	
120. O(a) senhor(a) costuma acrescentar sal nos alimentos, quando já servidos em seu prato? (0) Não (1) Sim (9) IGN	sal _
121. Quantos copos de água o(a) senhor(a) bebe por dia? Considerar um copo de 200ml (1) Menos de 4 copos (2) 4-5 copos (3) 6-8 copos (4) 8 copos ou mais (9) IGN	agua _
122. O(a) senhor(a) costuma beber refrigerante diariamente? (0) Não (pule para a questão nº124) (1) Sim (9) IGN	refri _
123. Que tipo de refrigerante o (a) senhor(a) consome? (0) Diet (1) light (2) Normal (8) NSA (9) IGN	trefri _
124. O (a) senhor(a) costuma tomar chimarrão diariamente? (0) Não (pule para a questão nº126) (1) Sim (9) IGN	chim _
125. Geralmente qual a temperatura da água (característica) utilizada no chimarrão? (0) muito quente (1) quente (8) NSA (9) IGN	chimq _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A “ATIVIDADE LABORAL”	
126. O senhor realiza alguma atividade laboral? (0) Sim (1) Não, mas já realizei (2) Nunca realizei (pule para a questão nº 129) (9) (IGN)	atlab _
127. Pense em uma semana normal (rotina) Qual dessas atividades o senhor (a) realiza ou realizava? Trabalha/trabalhava na lavoura (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trabalha/trabalhava na horta (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trabalha/trabalhava no cuidado de animais (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trabalha/trabalhava na ordenha de vacas (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trabalha/trabalhava cuidando do pomar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outra atividade? Qual? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	tatlab _ tahot _ taani _ tavac _ tapo _ taout _
128. Pense em um dia normal (rotina) Quantas horas aproximadamente o(a) senhor(a) gasta ou gastava realizando essas atividades? (1) < de 4 horas (2) De 4 a 8 horas (3) Mais de 8 horas (8) NSA (9) IGN	hatlab _
129. O (a) senhor(a) tem o hábito de realizar alguma destas atividades diariamente durante 10 minutos contínuos? Caminhar (0) Não (1) Sim (9) IGN Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (9) IGN Varrer casa/quintal (0) Não (1) Sim (9) IGN Dançar (0) Não (1) Sim (9) IGN Outra? Qual? (0) Não (1) Sim (9) IGN	camin _ bici _ varre _ danc _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A SUA “ AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE”	
130. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Péssima (1) Má (2) Regular (3) Boa (4) Ótima (9) IGN	saude _
131. Comparando sua saúde de hoje com a sua saúde há 1 ano atrás, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Pior (1) Igual (2) Melhor (9) IGN	saudea _
132. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Pior (1) Igual (2) Melhor (9) IGN	saudeo _
133. Se precisar de cuidados o (a) senhor(a) tem alguém que possa lhe cuidar? (0) Não (1) Sim (9) IGN	saudec _
AGORA IREI FAZER PERGUNTAS RELACIONADAS A SÍNDROME DA FRAGILIDADE – Validação Subjetiva no Brasil	
134. Perda de Peso:	perdp _

Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) senhor(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? (0) Não (1) Sim (de 1 a 2,999kg) (2) Sim (3 kg ou mais) (9) IGN	
135. Redução da força: Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) senhor(a) se sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu? (0) Não (1) Sim (9) IGN	redfo__
136. Redução da velocidade de caminhada: O(a) senhor(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (último ano)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	redve__
137. Baixo nível de atividade física: O (a) senhor (a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (último ano)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	baixat _
138. Fadiga relatada: A) Com que frequência, na última semana, o(a) senhor(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar): (1) Nunca ou raramente (menos de 1 dia) (2) Poucas vezes (1 – 2 dias) (3) Algumas vezes (3 – 4 dias) (4) A maior parte do tempo (9) IGN	fadir _
139. Fadiga relatada: B) Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) senhor(a) um grande esforço para serem realizadas: (1) Nunca ou raramente (menos de 1 dia) (2) Poucas vezes (1 – 2 dias) (3) Algumas vezes (3 – 4 dias) (4) A maior parte do tempo (9) IGN	fadib_
AGORA IREI APLICAR A “ ESCALA DE KATZ” – ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA	
140. Para tomar banho o(a) senhor(a): (Considere banho o ato de lavar-se, seja ele realizado e um chuveiro ou em uma banheira) (1) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho (a) , se este for o modo habitual de tomar banho) (2) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (3) Recebe ajuda para lavar mais uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	banh _
141. Para vestir-se o(a) senhor(a) : (1) Pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda (2) Pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (3) Recebe ajuda para pegar roupa ou vestir-se, parcial ou completamente	vest _
142. Para usar o vaso sanitário o(a) senhor(a): (1) Vai ao banheiro ou local equivalente se limpa e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas, usar comadre ou urinol a noite, esvaziando pela manhã) (2) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite (3) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	vasos _
143. Para se transferir o (a) senhor(a): (1) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode utilizar um objeto para apoio, como bengala ou andador) (2) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	transf _

(3) Não sai da cama	
144. Quanto a continência (controle da urina e de evacuação) (1) Controla inteiramente a micção e a evacuação (2) Tem acidentes ocasionais (3) Necessita de ajuda para manter o controle de micção; usa cateter ou é incontinente	incont _
145. Quanto a alimentação o(a) senhor(a): (1) Alimenta-se sem ajuda (2) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (3) Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	alim _
CONTABILIZE O NÚMERO DE RESPOSTAS “ RECEBE AJUDA” E ANOTE AO LADO	abvtot _
AGORA IREI APLICAR A “ ESCALA DE LAWTON” – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA	
146. Em relação ao uso do telefone o (a) senhor(a) consegue utilizar: (1) Sem ajuda (2) Com ajuda parcial (quando alguém o auxilia, ditando os números, por exemplo) (3) Não consegue (sempre que necessita telefonar, pede auxílio total de alguém)	usotel _
147. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? (1) Sem ajuda (vai e volta sozinho) (2) Com ajuda parcial (acompanhado de alguém que o auxilia a deslocar-se) (3) Não consegue (só vai a outros locais sendo levado por outra pessoa, necessita de transporte previamente agendado)	locdis _
148. O (a) senhor(a) consegue fazer compras? (1) Sem ajuda (2) Com ajuda parcial (no caso do(a) idoso(a) relatar precisar da companhia de alguém para fazer compras) (3) Não consegue (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) seja completamente incapaz de sair para fazer compras)	fcomp _
149. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições? (1) Sem ajuda (prepara suas próprias refeições de forma independente) (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Não consegue	pref _
150. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa? (1) Sem ajuda (arruma a casa de forma independente) (2) Com ajuda parcial (necessita de ajuda de alguém) (3) Não consegue	arrcasa _
151. O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? (1) Sem ajuda (realiza de forma independente) (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Não consegue	trcasa _
152. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa? (1) Sem ajuda (lava e passa de forma independente) (2) Com ajuda parcial (necessita da ajuda de alguém) (3) Não consegue	lavpas _
153. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? (1) Sem ajuda (2) Com ajuda parcial (alguém o auxilia, porém caso necessite ingerir sozinho, tem condições) (3) Não consegue	rdose _
154. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças? (1) Sem ajuda (2) Com ajuda parcial (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precise de ajuda de	finan _

alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco) (3) Não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a) Considere o termo finanças a gestão do dinheiro Pontuação total	Aivdtot _ _
SE O IDOSO(A) EM ALGUMA QUESTÃO RESPONDEU QUE PRECISAVA DE AJUDA APLIQUE AS QUESTÕES DE 155 A 157	
155. De quem o (a) Sr(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que precisa? (1) Companheiro (a); esposo (a) <i>(pule par a à questão -158)</i> (2) Filho (a) <i>(pule par a à questão -158)</i> (3) Vizinho (a) <i>(pule par a à questão -158)</i> (4) Amigos <i>(pule par a à questão -158)</i> (5) Acompanhante não pago <i>(pule par a à questão -158)</i> (6) Acompanhante pago (7) Se outro, qual? _____ (8) NSA	qajuda _
156. Quanto o (a) Sr(a) paga por mês à esse acompanhante? R\$ _____ reais (8888) NSA (9999) IGN	apago _ _
157. Quanto tempo (em horas) o(a) senhor(a) recebia de ajuda durante o dia (dia e noite)? _ _ horas (88) NSA (99) IGN	temaj _ _
AGORA IREI APLICAR O MINI EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM)- SÓ PODE SER RESPONDIDO PELO IDOSO CADA PARA RESPOSTA CORRETA(1) VALE UM PONTO E INCORRETA OU NÃO RESPONDIDA (0) ZERO PONTOS	
158. Qual é (leia as alternativas) em que estamos? O dia da semana: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta O dia do mês: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta O mês: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta O ano: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta A hora aproximada: _____ : _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta	dias _ diam _ mes _ ano _ hora _
159. Qual é (leia as alternativas) onde estamos? O município: _____ (1) Pelotas (0) Outra/Não sabe A localidade: _____ (1) (0) Outro/Não sabe O estado: _____ (1) RS (0) Outro/Não sabe O país: _____ (1) Brasil (0) Outro/Não sabe O local da casa: _____ (1) (0) Outro/Não sabe	cidade _ bairro _ estado _ pais _ locasa _
160. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO O (a) Sr(a) poderia repetir para mim? (1) Carro (0) Outro/não sabe (1) Vaso (0) Outro/não sabe (1) Tijolo (0) Outro/não sabe	carro _ vaso _ tijolo _
Repita as respostas até o indivíduo aprender as três palavras (5 tentativas) Número de tentativas: _ _ sem sucesso	
161. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas Quanto é: 1 100-7: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta 2 93-7: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta 3 86-7: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta 4 79-7: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta 5 72-7: _____ (1) Resposta certa (0) Resposta incorreta Os valores corretos são 93; 86; 79; 72; 65 Cada resposta certa é um (1) ponto	conta1 _ conta2 _ conta3 _ conta4 _ conta5 _
162. O(a) Sr(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes?	

(1) Carro (1) Vaso (1) Tijolo	(0) Outro/não sabe (0) Outro/não sabe (0) Outro/não sabe	carro1 _ vaso1 _ tijol1 _
163. Como é o nome destes objetos? (MOSTRAR) Um lápis (padrão): (1) Lápis (0) outro Um relógio de pulso: (1) Relógio (0) outro		lapis _ relo _
164. Eu vou lhe dizer uma frase: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” O (a) senhor (a) poderia repetir? (1) Repetiu (0) Não repetiu		repet _
165. Eu gostaria que o(a) senhor(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: <u>PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS</u> Pegue este papel com a mão direita (1) Cumpriu (0) Não cumpriu Dobre ao meio com as duas mãos (1) Cumpriu (0) Não cumpriu Solte o papel no chão (1) Cumpriu (0) Não cumpriu		etapa1 _ etapa2 _ etapa3 _
166. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita O (a) senhor(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que diz a frase Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil <u>MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHER OS OLHOS”</u> (1) Realizou tarefa (0) Não realizou tarefa/outro		lerf _
167. O(a) senhor(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: <u>ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA FOLHA BRANCA</u> (1) Realizou tarefa (0) Não realizou tarefa/outro		frase _
168. Para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) senhor(a) copiasse esse desenho: <u>MOSTRAR O DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR NA FOLHA BRANCA</u> (1) Realizou tarefa (0) Não realizou tarefa/outro		copiard _ mitotal _ _
AGORA FAREI PERGUNTAS RELACIONADAS AO TEMA “ QUEDAS”		
169. Quantas medicações diferentes o (a) senhor (a) toma diariamente? _ _ medicações (88)NSA (pule para a questão 171) (99) IGN		qmedid _ _
170. O(a) Sr(a) poderia me mostrar as medicações? (Pedir e anotar) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (8)NSA (9) IGN		qmedit _
171. Sua cama é alta em relação ao chão? (0) Não (1) Sim (9) IGN		qcalt _
172. Sua cama apresenta grades de proteção? (0) Não (1) Sim (9) IGN		qprot _
173. O (a) senhor(a) tem tapetes em sua casa? (0) Não(pule para a questão nº 175) (1) Sim (9) IGN		qtapet _
174. O tapete é aderente ao piso ou antiderrapante? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		qtapan _
175. O piso ou assoalho na sua casa é escorregadio? (0) Não (1) Sim (9) IGN		qasso _
176. Na sua casa existem escadas ? (0) Não (pule para a questão nº 178) (1) Sim (9) IGN		qescad _
177. A escada possui corrimão?		qcorri _

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
178. Na sua casa existem barras de apoio no banheiro? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qbarra _
179. O(a) senhor(a) necessita subir em um banco ou escada para alcançar algum objeto que esteja guardado em uma prateleira ou armário? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qprat _
180. Na sua casa durante a noite é mantida uma luz acesa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qnoit _
181. Próximo à sua cama existe chave de luz (tomada/interruptor/abajur)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qluz _
182. Que tipo de calçado o(a) senhor(a) costuma usar habitualmente em casa? (1) Pantufa (2) Chinelo (3) Sandália/sapato aberto (4) Sapato fechado/bota (5) Descalço (9) IGN	qcalc _
183. Que tipo de calçado o(a) senhor(a) costuma usar habitualmente para sair de casa? (1) Pantufa (2) Chinelo (3) Sandália/sapato aberto (4) Sapato fechado/bota (5) Descalço (9) IGN	qsair _
184. O(a) senhor(a) faz uso de roupas largas ou compridas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qroup _
185. Quantos cômodos têm a sua casa? (0) Até 3 (1) 4 a 6 (2) 7 ou mais (9) IGN	qcomo _
186. Onde o(a) senhor(a) mora possui um dormitório somente para o(a) senhor(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qdorm _
187. Que tipo de transporte o(a) senhor(a) utiliza habitualmente quando sai de sua casa? (1) Carro particular (2) Ônibus (3) Táxi (4) Moto (5) Bicicleta (6) Tração animal/charrete (7) Cavalo (8) Trator (9) IGN	qtrans _
188. O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses (último ano) ? (0) Não (pule para a questão nº 203) (1) Sim (9) IGN	qqued _
189. Quantas vezes o(a) senhor(a) caiu nos últimos 6 meses? (0) Nenhuma (1) 1 vez (2) 2 a 3 vezes (3) 4 ou mais vezes (8) NSA (9) IGN	quedav _
190. Quantas vezes o(a) senhor(a) caiu no último mês? (0) Nenhuma (1) 1 vez (2) 2 a 3 vezes (3) 4 ou mais vezes (8) NSA (9) IGN	quedau _
191. Em qual desses locais o(a) senhor(a) já sofreu a queda? Pátio/Quintal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Cozinha (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Dormitório/Quarto (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Sala (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Lavoura (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Galpão/Estrebaria (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outro?Qual? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qpat _ qcoz _ qdorm _ qsala _ qlavo _ qgalp _ qoutr _
192. Em virtude da queda/quedas o(a) senhor(a) necessitou de atendimento de um profissional da saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qatendi _
193. Em virtude da queda/quedas o(a) senhor(a) sofreu algum trauma ? (machucado) (0) Não (pule para a questão nº 198) (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qtrau _
194. Que tipo de trauma o(a) senhor(a) sofreu? Contusão muscular (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trauma craniano (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Luxação (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Escoriação (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Entorse (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Fratura (0) Não (1) Sim (aplique a questão 195) (8) NSA (9) IGN IGN Outra?Qual? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qcont _ qtrau _ qlux _ qesc _ qentor _ qfratu _ qfraou _

195.	Qual a localização da fratura que o(a) senhor(a) teve?	
Fêmur	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qfem _
Rádio/ulna	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qradi _
Úmero	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qumer _
Coluna	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qcolon _
Outra? Qual?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qloca _
196.	Em virtude desse trauma o(a) senhor(a) necessitou de hospitalização?	
Contusão muscular	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhcont _
Trauma craniano	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhtrau _
Luxação	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhlux _
Escoriação	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhesc _
Entorse	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhentor _
Fratura	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	qhfratu _
Outra? Qual?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
197.	Em virtude deste trauma o(a) senhor(a) fez algum destes tratamentos?	
<u>Contusão muscular</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qtcont _
<u>Trauma craniano</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qttrau _
<u>Luxação</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qtlux _
<u>Escoriação</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qtesc _
<u>Entorse</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qtentor _
<u>Fratura</u>	(0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3) nenhum (8) NSA (9) IGN	qtfratu _
198.	Após a(s) queda(s) o(a) senhor(a) ficou com medo de cair novamente?	qmed _
(0) Não (pule para a questão nº203)	(1) Sim (8) NSA (9) IGN	
199.	O medo de cair fez com que o (a) senhor(a) deixasse de realizar alguma atividade?	qmedat _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
200.	ANULADA	
201.	ANULADA	
202.	ANULADA	
203.	O(a) senhor(a) possui algum animal de estimação?	qanimal _
(0) Não (1) Sim (9) IGN		
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 15		
Este bloco somente deverá ser respondido pelo(a) idoso(a) Caso o questionário não foi respondido pelo(a) idoso(a), marcar neste bloco NSA (8)		
204.	O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	dgsat _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
205.	O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	dginat _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
206.	O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia?	dgvaz _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
207.	O(a) senhor(a) se aborrece com frequência?	dgabo _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
208.	O(a) senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	dgbob _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
209.	O(a) senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	dgmal _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
210.	O(a) senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	dgfel _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		
211.	O(a) senhor(a) sente que sua situação não tem saída?	dgsitsa _

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
212.	O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?			dgcois _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
213.	O(a) senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria dos idosos?			dgpro _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
214.	O(a) senhor(a) acha maravilhoso estar vivo?			dgviv _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
215.	O(a) senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?			dginut _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
216.	O(a) senhor(a) se sente cheio de energia?			dgener _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
217.	O(a) senhor(a) acha que sua situação é sem esperanças?			dgesp _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
218.	O(a) senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?			dgsent _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
Some os pontos obtidos nas quinze questões da escala de depressão, considerando 1 ponto para o SIM e zero para NÃO!				dgtot _
ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH				
Essa escala somente deverá ser respondida pelo(a) idoso(a) Caso o questionário não esteja sendo respondido pelo(a) idoso(a), marcar neste bloco/escala NSA (8)				
219.	Qual a probabilidade de o(a) senhor(a) cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado e lendo?			essl _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			
220.	Qual a probabilidade de o(a) senhor(a) cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado assistindo TV?			esat _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			
221.	Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em uma reunião, igreja ou palestra)?			esqui _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			
222.	Qual a probabilidade de o(a) senhor(a) cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro?			escar _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			
223.	Qual a probabilidade de o(a) senhor(a) cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado quieto após o almoço sem ter ingerido bebida alcoólica?			Esalco _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			
224.	Qual a probabilidade de o(a) senhor(a) cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, em um carro parado no trânsito por alguns minutos?			escaro _
(0) Nunca cochilaria	(1) Pequena probabilidade de cochilar			
(2) Média probabilidade de cochilar	(3) Grande probabilidade de cochilar (8) NSA			estot _
Horário de término da entrevista: _ : _ : _ AGRADEÇA A COLABORAÇÃO!!!!				

Apêndice F - Manual do questionário da pesquisa

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa

Manual do questionário

ATENÇÃO

- Você deverá entrevistar TODOS OS IDOSOS com 60 anos ou mais que foram sorteados.
- Caso o idoso apresente problemas de comunicação, você deverá entrevistar o RESPONDENTE AUXILIAR OU SUBSTITUTO que convive com o idoso e conheça a vida diária do idoso.
- Antes de iniciar a entrevista, verifique se o idoso apresenta condições cognitivas de manter um diálogo para responder ao questionário, caso contrário, você deve questionar o respondente, para saber se o mesmo tem conhecimento sobre a vida diária do idoso.
- Apresente-se, explique os objetivos do estudo e pergunte se o(a) idoso(a) deseja participar, dizendo-lhe da importância da sua participação.
- Caso o idoso não tenha condições de responder ao questionário, perguntar qual o dia e horário que terá um acompanhante/respondente que conviva com o idoso.
- Desejando participar do estudo, o idoso ou o respondente deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não se esqueça de colocar o nome do idoso no TCLE.
- Este questionário apresenta 212 questões, entre perguntas abertas e fechadas, procure preenchê-las corretamente, evitando ao máximo utilizar a opção (9) IGN (ignorado), pois esta será válida ao término do estudo como resposta perdida
- Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções
- Preencha o questionário a LÁPIS
- PREENCHA O QUESTIONÁRIO COM LETRA LEGÍVEL
- Não faça codificação durante a entrevista A codificação será realizada após o término da entrevista
- Os números para a codificação devem ser de uso padrão

IDENTIFICAÇÃO

0. Número do questionário _ _ _ Todos os questionários devem ter número a fim de mantê-los organizados e evitar o extravio	nquest_ _ _
1. Número do(a) entrevistador(a) _ _ Cada entrevistador terá um número de identificação: Andressa: 1 Denise: 2 Fernanda: 3 Letícia: 4 Patrícia: 5	nent_ _
2. Data da entrevista: _ _ / _ _ / 2014 _ _ : _ _ h	Horário de início da entrevista: dat_
3 Entrevista realizada com: (1) idoso (pulo próximo bloco) (2) respondente auxiliar (3) respondente substituto Respondente auxiliar é um informante parcial, que auxilia o idoso quando compreende a pergunta, geralmente por deficit auditivo ou não sabe precisar respostas. (dados econômicos, medicamentos, etc.) e respondente substituto é aquela pes que que auxilia de forma completa, responde ao questionário em razão de o id apresentar declínio cognitivo e/ou limitações físico-funcionais que o impeçam responder às questões.	entco_ _
4 O respondente é: (1) familiar (2) amigo (3) cuidador pago (4) outro _____ (8) NSA O objetivo da questão é saber qual o respondente do idoso, por isso deve ler alternativas descritas na questão e se for outra escrever no traçado conforme o id	respo_ _

falar	
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DO IDOSO	
5Qual é a sua idade? _ _ _ O objetivo desta questão é saber a idade do idoso(a) em anos	idade _ _ _
1. Qual o seu nome? _____ Deve ser preenchido por extenso, com letra legível Deve- se explicar ao idoso(a) ou familiar que o nome é apenas para controle de qualidade e que seu sigilo/anonimato será assegurado	
2. Qual o seu endereço? _____ Deve ser escrito o endereço do(a) entrevistado(a) com letra legível, incluindo BR/distrito/km/município/ número da casa ou ponto de referência - é importante que este dado seja o mais preciso possível	
3. Qual seu telefone de contato Nome _____ Fone _____ Nome _____ Fone _____ Nome _____ Fone _____ Preencha com o número de telefone e/ou celular para recados, especificando o código da área Preencha também, se possível, o número de telefone de três pessoas de referência do(a) idoso(a), caso necessite encontrá-lo	
4. Qual a sua data de nascimento? _ _ / _ _ / _ _ _ _ Registre a data de nascimento do(a) idoso(a) com dia, mês e ano utilizando os 4 dígitos, da seguinte forma: 15/04/1950	dat _ _ _ _ _ _ _
5. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (0) masculino (1) feminino O(a) entrevistador(a) deve registrar o sexo do(a) entrevistado(a) com base em sua observação	sex _ _
6. Cor da pele ou raça do entrevistado (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena Assinalar o que for referido pelo(a) idoso(a), sem questionamentos O que nos interessa é a cor ou raça como referida pelo entrevistado	corpel _ _
7. Qual a sua situação conjugal? (1) com companheiro (2) sem companheiro O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso tem ou não companheiro, independente de ser casado, namorado, etc	estc _ _
8. O(a) senhor(a) mora sozinho(a)? (0) não (1) sim (pule para a questão nº 16) (9) IGN Investigar se no domicílio mora mais alguém além do(a) idoso(a), pois morar sozinho é um fator associado a Síndrome da Fragilidade no idoso, assim como	mora _ _

para depressão e morbidades	
9. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? __ pessoas (8) NSA (9) IGN Anotar quantas pessoas além do(a) idoso(a) moram na residência, por exemplo, se for duas pessoas, anotar 02	qtsmor __
10. Marque com X qual a relação de parentesco destas pessoas que moram com o(a) senhor(a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8) NSA Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8) NSA Sogro/Sogra (0) Não (1) Sim (8) NSA Filho(s)/filha(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Irmão(s)/irmã(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8) NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA Perguntar e marcar todas as opções de relações de parentesco que o(a) idoso(a) referir O objetivo dessa questão é verificar a rede de apoio desse idoso	espmo _ paimo _ maemo _ netomo _ sogmo _ filhomo _ irmor _ outmo _ empmo _ oumo _
11. O(a) senhor(a) costuma ficar sozinho(a) durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, um período de tempo – ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho Explorar se durante o dia ou a noite se o(a) idoso(a) permanece sozinho(a), no caso a resposta for SIM, explorar por quanto tempo ele(a) permanece sozinho(a) O objetivo dessa questão é verificar quanto tempo o idoso permanece sozinho, pois este é um fator de risco para quedas	cost_
12. O(a) senhor(a) frequentou a escola? (0) Não (pule para a questão nº 19) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se ele alguma vez na vida frequentou uma escola e não saber quanto tempo esteve na escola ou se aprendeu a ler ou escrever	frequesc __

13. Quantos anos completos e aprovados de estudo o(a) senhor(a) tem? __ anos aprovados (8) NSA (9) IGN Deverá apenas ser anotado o número de anos completos (com aprovação) de estudos Caso o entrevistador não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para CALCULAR E CODIFICAR DEPOIS Você deverá basear seu cálculo, de acordo com a tabela abaixo: CODIFICAÇÃO DOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO Primeiro grau completo ou Ensino Fundamental= 8 anos de estudo Segundo grau completo ou Ensino Médio= 11 anos de estudo Terceiro grau completo (superior completo)= 15 anos de estudo Primário completo= 5 anos de estudo Ginasial completo= 8 anos de estudo Científico completo= 11 anos de estudo Primeiro livro ou Mobral (alfabetização)= 1 ano de estudo Segundo livro= 2 anos de estudo Terceiro livro= 3 anos de estudo Quarto Livro= 4 anos de estudo	anosc __ __
14. O (a) senhor(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN Perguntar se o(a) idoso(a) está aposentado(a), neste caso o que nos interessa é se ele(a) recebe aposentadoria	após __ __
15. O (a) senhor(a) trabalha? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) realiza alguma atividade formal ou informal, remunerado ou não	trab __ __
16. Qual a sua profissão? _____(8) NSA O objetivo dessa questão é saber qual trabalho o idosos desenvolve, por isso deve descrever conforme o idosos falar	
17. Qual é a sua renda mensal total? _____ O objetivo desta questão é saber quanto o(a) idoso(a) recebe mensalmente, somando todas as rendas, pois baixa renda é um fator associado a Síndrome da Fragilidade no idoso	
18. Quantos pessoas dependem da sua renda mensal? (incluindo o(a) senhor(a)) _____ pessoas dependem	deptraba __ __

Faça a pergunta e registre o número de pessoas que dependem da renda do (a) idoso (a), incluído-o, conforme o exemplo: duas pessoas além do idoso dependem de sua renda, então a resposta é 03	
19. O(a) senhor(a) teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não (pule para a questão nº 26) (1) Sim (9) IGN Perguntar se o(a) idoso(a) teve filhos, independente de estarem vivos ou não, incluindo os adotivos	filho _ _
20. Quantos filhos ? _ _ filhos (8) NSA (9) IGN O objetivo desta questão é saber quantos filhos o(a) idoso(a) tem ou teve, descrever conforme exemplo: 04	filqt _ _
AS QUESTÕES Nº 26 A 36 PERGUNTAR SOMENTE PARA MULHERES IDOSAS	
21. Quantas gestações a senhora teve? (0) Nenhuma (pule para a questão nº 30) (1) 1 a 4 (2) 5 a 8 (3) mais de 9 (9) IGN O objetivo é saber se a idosa teve alguma gestação. Gestação refere-se ao estado resultante da fecundação de um óvulo pelo espermatozoide, envolvendo o subsequente desenvolvimento do feto gerado no útero, que dura cerca de 9 meses, até seu nascimento	gest _ _
22. A senhora teve seu primeiro filho com 30 anos ou mais? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se quando a idosa teve seu primeiro filho tinha mais de 30 anos ou mais de idade. Primeiro filho com 30 anos ou mais é fator de risco para o câncer de mama	prigest _ _
23. A senhora amamentou? (0) Não (pule para a questão nº 30) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se a idosa amamentou uma vez na vida, independentemente do número de filhos. Se a idosa tiver mais de um filho e um amamentou e outro não, considerar o filho que amamentou	amam _ _
24. Quanto tempo a senhora amamentou? (0) 1 a 6 meses (1) 7 a 12 meses (2) mais de 13 meses (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber por quanto tempo a idosa amamentou tempo amamentou Amamentar por seis meses exclusivo é fator de proteção para o câncer de mama	temama _ _
25. Com que idade foi sua primeira menstruação?	idmest _ _

(0) antes dos 12anos (1) mais de 12 anos (9)IGN O objetivo da questão é saber com qual idade a idosa teve sua primeira menstruação Considerar antes dos 12 anos: 11 anos 11 meses e 29 dias	
26.A senhora fez uso de anticoncepcional hormonal? Não (pule para a questão nº 33) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se a idosa fez uso por mais de um ano de algum tipo de anticoncepcional hormonal Considerar anticoncepcional oral (pílula), os injetáveis (IM), alguns DIU são hormonais e anel intravaginal	anti__
27.Por quanto tempo usou? __ meses (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber por quantos anos a idosa fez uso de anticoncepcional hormonal Registre em meses	temanti__
28.A senhora já realizou coleta de citopatológico/papanicolau(pré-câncer)? (0) Não (pule para a questão nº35) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se a idosa já realizou alguma vez o exame Papanicolau/pré-cancer/preventivo Papanicolau é um exame ginecológico, que pode ser observado o colo do útero através de um espécuro, sendo realizado coleta de material para posterior análise	precan__
29.Qual foi o ano da sua última coleta de citopatológico/papanicolau (pré-câncer)? ----- O objetivo da questão é saber há quantos anos foi realizado o último exame citopatológico realizado Marque o ano da última coleta do exame	ulprecan__
30.A senhora já fez mamografia? (0) Não (pule para a questão nº 37) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se a idosa já realizou alguma mamografia A mamografia (radiografia da mama) permite a detecção precoce do câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (medindo milímetros) Deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, ou segundo recomendação médica	mamo__
31.Qual foi o ano da sua última mamografia? ____ O objetivo da questão é saber há quantos anos foi realizado a última mamografia pela idosa Marque o ano da última mamografia	ulmamo__
PROBLEMAS DE SAÚDE	
32.Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue ou diabetes? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de Diabetes A	mdiab__

diabetes é a falta recorrente de insulina, causando a hiperglicemia, elevação da glicose no sangue	
33. Há quanto tempo o(a) senhor(a) foi diagnosticado(a)? __ meses (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber a quanto tempo é portador de diabetes Anote a opção referida pela pessoa em meses Se referir que não é diabético(a) marque a opção 8 “NSA” e caso não saiba informar marque a opção 9 “IGN”	temdia__
34. Qual o tipo de diabetes que o(a) senhor(a) tem? (0) Tipo 1 (1) Tipo 2 (8) NSA (9) IGN O objetivo é identificar qual tipo de diabetes o(a) idoso(a) é portador Na diabetes Tipo 1 a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, necessitando de doses diárias de insulina A Diabetes Tipo 2 acontece geralmente ocorre de forma tardia, principalmente em idosos, nem sempre é preciso o uso de insulina	tipdiab__
35. O(a) senhor(a) faz uso de medicação para o tratamento de diabetes? (0) Não (pule para a questão nº 42) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) utiliza algum tipo de medicação para o controle de diabetes Anote a opção referida pela pessoa Considerar qualquer tipo de medicação (oral/injetável)	mediab__
36. Que tipo de medicação o Sr(a) utiliza? (0) comprimido (1) injetável (insulina) (2) ambas (8) NSA (9) IGN O objetivo é identificar qual o tipo de medicação utilizada pelo(a) idoso(a) para o tratamento de diabetes Considerar medicação oral aquelas cuja ingestão é pela boca (comprimidos, gotas, cápsulas, drágea, pastilha) e medicação injetável aquela cuja administração se dá por meio de injeções (Intramuscular, Intravenosa, subcutânea)	tipmed__
37. O Sr (a) realiza controle de glicemia? (0) Não (pule para a questão nº 44) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso controla a glicemia por meio de hemoglicoteste (HGT), que consiste na aferição da glicemia por meio de aparelho específico, geralmente é medido antes das refeições para determinar quanto de insulina deve-se utilizar	contgl__
38. Com que frequência o senhor(a) realiza controle de glicemia? (0) diário (1) 1 vez por semana (2) a cada 15 dias (3) mensal (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o (a) idoso (a) realiza controle de glicemia	Frgl
39. O(a) Senhor(a) teve alguma complicação por causa da diabete? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o (a) idoso (a) teve alguma complicação devido ao diagnóstico de diabetes	compldi__

40. Que tipo de alteração o senhor(a) teve? (0) Alteração da visão (1) Problema renal (2) Úlcera diabética (3) perda de sensibilidade (4) Outros _____ (8) NSA (9) IGN O Objetivo desta questão é identificar quais tipos de complicações o (a) idoso (a) teve. Considerar complicações tais como Retinopatia aquela relacionada a problema de visões, nefropatia é aquela relacionada a insuficiência renal, neuropatia é aquela que afeta o sistema nervoso, motor e autonômico, cardiopatias problemas relacionados ao coração	Alte_ _ _ _
41. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem Pressão Alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica	pres_ _
42. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de reumatismo ou nas "juntas"? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de artrite reumatoide, artrose, reumatismo que são doenças ocorridas nas articulações	reum_ _
43. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem osteoporose? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de osteoporose. Osteoporose é uma doença óssea caracterizada por baixa regeneração e/ou rápida degeneração óssea, gerando ossos pouco densos e frágeis	oste_ _
44. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problemas de coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) apresenta diagnóstico médico de doenças cardiovasculares ou do coração como Angina estável e instável, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Arritmias cardíacas, Endocardites, insuficiência em válvulas cardíacas e aneurismas aórticos	cor_ _
45. Algum médico disse que o(a) senhor(a) já teve derrame ou isquemia cerebral? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de acidente vascular cerebral (Isquemia cerebral ou derrame cerebral)	davc_ _
46. O (a) senhor(a) ficou com alguma sequela? (0) Não (pule para a questão nº 46) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) ficou com alguma sequela devido ao AVC/isquemia cerebral. Sequela é uma alteração anatômica ou funcional permanente, sendo causada por uma doença ou um acidente, ou seja, não	savc_ _

é congênita	
47. Qual dessas funções ficou afetada pelo AVC: (referida pelo entrevistado) (1) Fala (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (2) Visão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (3) Apreensão palmar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (4) Caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (5) Compreensão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se o(a) idoso(a) respondeu que SIM na questão anterior perguntar agora qual função ficou afetada após o AVC e se manteve afetada Fala: disfasia, dislalia, afasia Disfasia é uma perturbação da linguagem, associada a uma lesão cerebral, que consiste na má coordenação das palavras Dislalia é um distúrbio da fala, caracterizado pela dificuldade em articular as palavras Afasia é por si só a perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita Visão: acuidade visual diminuída Apreensão palmar: devido a redução de força nos membros superiores Caminhar: plegia, parestesia, paresia Plegia - perda total da força muscular, ou seja, paralisia Compreensão: alteração neurológica Parestesias são sensações cutâneas subjetivas (ex, frio, calor, formigamento, pressão, etc.) que são vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação Podem ocorrer caso algum nervo sensorial seja afetado, seja por contato ou pelo rompimento das terminações nervosas Paresia é uma paralisia incompleta ou diminuição da motricidade em uma ou mais partes do corpo	favcf_ favcv_ favcap_ favcca_ favcco_
48. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema respiratório crônico? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de alguma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), como: enfisema pulmonar e bronquite crônica Enfisema pulmonar é uma doença crônica, na qual os tecidos dos pulmões são gradualmente destruídos, tornando-se hiperinsuflados (muito distendidos) Bronquite é uma inflamação dos brônquios, canais que conduzem o ar inalado até os alvéolos pulmonares	resp_ _
49. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema gástrico? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem diagnóstico médico de alguma	ulcgas_ _

doença gástrica: gastrite e úlcera gástrica Gastrite é a inflamação do revestimento interno do estômago (mucosa gástrica) e úlcera gástrica ou péptica é uma lesão localizada no estômago e/ou duodeno com destruição da mucosa da parede destes órgãos, atingindo os vasos sanguíneos subjacentes	
50. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de visão? (0) Não (pule para a questão nº 57) (1) Sim (9) IGN Considerar como problema de visão: catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade (DMRI) Catarata consiste na opacidade total ou parcial do cristalino, lente natural do globo ocular, que é responsável pela focalização da visão para perto e para longe Glaucoma é uma doença ocular causada principalmente pela elevação da pressão intraocular que provoca lesões no nervo ótico A degeneração macular relacionada à idade é uma doença degenerativa da retina que provoca uma perda progressiva da visão central	visão__
51. O(a) senhor(a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se o(a) idoso(a) respondeu que SIM na questão anterior perguntar agora se ele(a) faz uso de algum dispositivo para melhorar sua visão, como óculos ou lente de contato	ocul__
52. Algum médico disse que o(a) senhor(a) tem problema de audição? (0) Não (pule para a questão nº 59) (1) Sim (9) IGN Considerar como problema de audição: presbiacusia, que é definida como a perda progressiva da audição, caracterizada por uma perda auditiva lenta, progressiva e bilateral	audic__
53. O(a) senhor(a) faz uso de aparelho auditivo? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se o(a) idoso(a) respondeu que SIM na questão anterior perguntar agora se ele(a) faz uso de alguma prótese (aparelho auditivo) para amplificar o som	apaaud__
54. O(a) senhor(a) já esteve hospitalizado nos últimos 12 meses? (0) Não (pulo) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o(a) idoso(a) esteve hospitalizado no último ano Considerar as internações no PS e considerar internação (maior que um dia)	
55. O(a) senhor(a) já esteve institucionalizado (casas de idosos) nos últimos 12 meses? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o(a) idoso(a) esteve em alguma instituição de longa permanência (asilos/casa de idosos) no ultimo ano	
BLOCO CÂNCER	

CIRURGIA é qualquer procedimento cirúrgico, realizada no bloco cirúrgico com objetivo de retirar tumor [não considerar a cirurgia da biópsia nem o procedimento cirúrgico para colocação de portocath] QUIMIOTERAPIA é um método utilizando compostos químicos para o controle do câncer, podendo ser sistêmico [endovenoso] ou oral, IMPORTANTE – se o idoso não relatar que faz quimioterapia, perguntar se utiliza alguma medicação receitada pelo médico para o tratamento do câncer e copiar o nome do remédio RADIOTERAPIA é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada TRATAMENTO PALIATIVO - Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais [concluindo, tratamento paliativo não prevê a cura da doença e sim o controle dos sintomas] [muitas vezes o próprio paciente não é informado de que seu tratamento é paliativo, tomar cuidado com os termos, não perguntar por tratamento paliativo, perguntar as outras alternativas primeiros, e se o idoso responder que o médico falou que não era preciso/necessário fazer nem cirurgia, nem quimioterapia e nem radioterapia, é provável que este paciente esteja em tratamento paliativo HORMONIOTERAPIA é aplicada a tumores que mostram hormoniossensibilidade incontestável, como os carcinomas de endométrio de próstata e mama	
63. O médico disse que ocorreram metástases? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso com câncer tem metástases [entende-se por metástase quando o câncer inicialmente em um órgão invade outros órgãos]	mtx_ _
64. O(a) senhor(a) já teve câncer? (0) Não (pule para a questão nº 73) (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) TEVE diagnóstico médico de câncer [entende-se por câncer um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células anormais e que tem a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos]	jacanc_ _
65. Onde o senhor(a) teve a doença? _____ (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é descrever a localização do câncer Preencha a lacuna com a localização do câncer	jaloca_ _
66. Qual foi o tratamento que o(a) senhor(a) realizou para essa doença? (1) Cirurgia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (2) Quimioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	jattoc_ jattoq_ jattor_

(3) Radioterapia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (4) Paliativos (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (5) Nenhum (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber qual o tratamento para o câncer realizado pelo idoso CIRURGIA é qualquer procedimento cirúrgico, realizada no bloco cirúrgico com objetivo de retirar tumor [não considerar a cirurgia da biópsia nem o procedimento cirúrgico para colocação de portocath] QUIMIOTERAPIA é um método utilizando compostos químicos para o controle do câncer, podendo ser sistêmico [endovenoso] ou oral, IMPORTANTE – se o idoso não relatar que faz quimioterapia, perguntar se utiliza alguma medicação receitada pelo médico para o tratamento do câncer e copiar o nome do remédio RADIOTERAPIA é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada TRATAMENTO PALIATIVO - Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, [concluindo, tratamento paliativo não prevê a cura da doença e sim o controle dos sintomas], [muitas vezes o próprio paciente não é informado de que seu tratamento é paliativo, tomar cuidado com os termos, não perguntar por tratamento paliativo, perguntar as outras alternativas primeiros, e se o idoso responder que o médico falou que não era preciso/necessário fazer nem cirurgia, nem quimioterapia e nem radioterapia, é provável que este paciente esteja em tratamento paliativo HORMONIOTERAPIA é aplicada a tumores que mostram hormôniossensibilidade incontestável, como os carcinomas de endométrio de próstata e mama	jattop_ jatton_
67.O médico disse que ocorreram metástases (câncer em outro local)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso com câncer TEVE metástases [entende-se por metástase quando o câncer inicialmente em um órgão invade outros órgãos]	jamt_ _
HÁBITOS COMPORTAMENTAIS	
68.O(a) senhor (a) é fumante? (0) Não (pule para a questão nº 75) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o(a) idoso fuma atualmente	tabac_ _
69.Qual é o tipo de fumo que o(a) senhor(a) consome? (1) cigarro industrializado (2) cigarro de palha	qtabac_ _

(3) fumo de corda (4) outro _____ (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber a quantidade de cigarros fumados por dia	
70. O (a) senhor(a) é ex-fumante? (0) Não (pule para a questão nº 78) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso já fumou em algum período de sua vida	extabac__
71. Por quanto tempo o(a) senhor(a) fumou? __ meses (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber durante quanto tempo o(a) idoso(a) fumou	temtabac__
72. Quanto tempo faz que o(a) senhor(a) parou de fumar? _____ (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber quantos anos faz que o idoso parou de fumar	tparou__
73. O(a) senhor(a) costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque)? (0) Não (pule para a questão nº 81) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso costuma fazer uso de bebida alcoólica	bebid__
74. Com qual frequência o(a) senhor(a) costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, licor)? (1) Raramente (2) Final de semana (3) Diariamente (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber com que frequência o idoso consome qualquer tipo de bebida que contenha álcool na sua composição Raramente, refere-se aos idosos que consomem bebida alcoólica somente em datas comemorativas (casamentos, aniversários), fim de ano Final de semana, é o idoso que consome todo o fim de semana algum tipo de bebida alcoólica Diariamente é aquele que todo o dia consome bebida alcoólica	frebebid__
75. Qual quantidade o(a) senhor(a) consome de bebida alcoólica diariamente? (Considerar um copo de 200 ml) (1) Menos de 1 copo (2) De 2 a 4 copos (3) Mais de 4 copos (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber quanto que o idoso que consome bebida alcoólica bebe DICA: primeiramente não perguntar por copos, esperar o idoso dizer, se na	qbebid__

percepção, achar q bebe “bastante” perguntar por garrafas e converter em copos Ex: 1 garrafa de cachaça = 1 litro = 5 copos americanos	
AGORA SERÃO FEITAS QUESTÕES SOBRE PRODUTOS QUÍMICOS	
76.O(a) senhor(a) costuma utilizar produtos químicos no controle de pragas na lavoura ou em doenças de animais? (0) Sim, utilizo (1) Não, mas já utilizei (2) Nunca utilizei (pule para a questão nº 89) (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso utiliza na sua propriedade, ou na propriedade em que trabalha, produtos químicos	proqui_ _
77.Onde ficam ou ficavam guardados os produtos químicos? (1) Em depósito fora da casa específico para produtos químicos (2) Em local da casa: porão, armários, canto, etc. (3) Em lugar externo que armazena outros produtos agrícolas (4) Outros: _____ (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso acondiciona/acondicionava as embalagens dos produtos químicos em local apropriado, separado dos demais produtos	guard_ _
78.O que o(a) senhor(a) faz ou fazia com as embalagens vazias? (1) Deixa em algum lugar no campo ou no arroio/sanga (2) enterra (3) queima (4) Recolhe para o depósito municipal (5) Coloca em depósito próprio de lixo tóxico (6) Reaproveita em casa Como: _____ (7) Outros Quais _____ (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber o destino que o idoso dá as embalagens vazias de produtos químicos	embvaz_ _

79. O(a) senhor(a) costuma ou costumava utilizar algum tipo de Equipamento de Proteção Individual para lidar com estes produtos? (0) Não (pule para a questão nº 86) (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso durante o uso desses produtos químicos, se protege com equipamentos de proteção individual	epi__
80. Que tipo de Equipamento de Proteção Individual o senhor (a) costuma ou costumava utilizar? Bota (0) Não (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Luva (0) Não (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Chapéu (0) Não (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Máscara (0) Não (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Roupas impermeáveis (0) Não (1) sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Outro Qual? _____ O objetivo da questão é saber quais os equipamentos de proteção individual o idoso usa ou usava para sua proteção quando utilizava produtos químicos	epib_ epil_ epic_ epim_ epiri_ epio_
81. O(a) senhor(a) já teve alguma intoxicação por estes produtos químicos? (0) Não (pule para a questão nº 88) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso ao utilizar produtos químicos já teve alguma intoxicação aguda Na intoxicação aguda os sintomas surgem rapidamente, algumas horas após a exposição excessiva e por curto período em produtos tóxicos Pode ocorrer de forma leve, moderada ou grave, dependendo da quantidade do agrotóxico absorvido pelo organismo	intox__
82. Quantas vezes o senhor (a) teve intoxicação? (1) Apenas uma vez (2) Duas ou mais (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber o número de vezes que o idoso teve intoxicação aguda	
83. O(a) senhor(a) costuma fazer uso de outros produtos químicos como: Tintas (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Graxas (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN	tint_ grach_ solv_

Solventes (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Querosene (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Thinner (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN Óleos de máquinas (0) Não (1) Sim (2) as vezes (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso já teve utilizado algum dos produtos acima citados	quer__ thin__ olem__
AGORA SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE EXPOSIÇÃO SOLAR	
84. O senhor(a) tem o costume de se expor ao sol? (0) Não (pule para a questão nº 91) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se idoso se expõe ao sol Considere exposição ao sol todo o trabalho na lavoura, na horta, ou seja toda exposição direta, que não tem a proteção de telhado	expsol__
85. Qual o tempo de exposição em horas por dia? (0) Até 2 horas (1) 3-4 horas (2) de 5-6 horas (3) 7 horas ou mais (8)NSA (9)IGN O objetivo da questão é saber o tempo que o idoso se expõe ao sol, considerar todo o tempo que ele tem essa exposição Por exemplo, se ele trabalha na lavoura, mas fica um período de tempo de no galpão fechado levar em consideração esse período Considerar trator, colheitadeira, caminhão com cabina forma de proteção do sol	
86. O(a) senhor (a) costuma ou costumava se expor ao sol no período das 10 horas da manhã as 16 horas da tarde? (0) Não (1) Sim (2) às vezes (8) NSA (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso se expõe ao sol durante o período em que os raios ultravioletas estão mais intensos, ou seja no período das 10 às 16 horas	temp__
87. O(a) senhor(a) costuma usar filtro solar? (0) Não (Pule para a questão nº 94) (1) Sim (2) as vezes (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso usa filtro solar Filtro solar é um produto de uso tópico que ajuda a proteger a pele da radiação ultravioleta do sol	usfilt__
88. O(a) senhor(a) utiliza filtro solar somente em dias de sol? (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) IGN	filsol__

O objetivo da questão é saber se o idoso utiliza o filtro solar, somente quando tem aparentemente sol, deixando de usar em dias nublados e dia de chuva	
89. O(a) senhor(a) utiliza alguns dos itens abaixo para se proteger do sol? Chapéu (0) não (1) sim (8) NSA Camisa de manga comprida (0) não (1) sim (8) NSA Óculos de sol (0) não (1) sim (8) NSA Calça comprida (0) não (1) sim (8) NSA O objetivo da questão é saber se o idoso toma cuidados de proteção ao sol. Considerar o uso dos itens acima, no horário das 10 até as 16 horas. Entende-se por chapéu cobertura com aba ou diversos feitos para a cabeça. Camisa de manga longa é definida como toda camisa ou camiseta ou peça de roupa que protege todo o braço. Óculos de sol é um acessório que tem por finalidade proteger os olhos dos raios solares e calça comprida é definida como toda peça de roupa que protege toda a perna.	protc_ protcm_ proto_ protcc_
SAÚDE DO HOMEM - AS QUESTÕES Nº 95 A 97 DEVERÃO SER REALIZADAS SOMENTE PARA OS HOMENS IDOSOS	
90. O senhor já fez algum exame de próstata? (0) Não (pular para a questão nº 98) (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso já realizou algum exame de próstata. A próstata é uma glândula masculina que se localiza entre a bexiga e o reto. Essa glândula participa da produção do sêmen, líquido que carrega os espermatozoides produzidos no testículo. Ela envolve a uretra e seu tamanho normal é de uma azeitona.	prost_ _
91. Que tipo de exame que o senhor fez? (0) PSA (sangue) (1) toque retal (2) Ambos (8) NSA (9) IGN O PSA é uma glicoproteína sérica produzida pelo epitélio de revestimento dos ácinos glandulares, normalmente encontrado no interior do lúmen dos ductos prostáticos. Age na liquefação do líquido seminal. Sua elevação pode estar associada à transformação maligna do epitélio prostático. O exame de PSA é realizado através de exame de sangue. O exame de toque retal é aquele em que um médico especialista ou profissional treinado introduz o dedo indicador recoberto por uma luva no ânus do paciente afim de palpar a porção anterior do reto, região em que se localiza a próstata. Se há um aumento da glândula ou a presença de endurecimento ou nódulos, o examinador pode definir aonde se localiza essa alteração e recomendar outros exames diagnósticos mais detalhados para se descartar ou não a possibilidade de uma alteração neoplásica.	tpexa_ _
92. Qual foi o último ano que o senhor realizou o exame de próstata? _ _ _ _ O objetivo da questão é saber quanto tempo faz que o idoso realizou o último exame de próstata, considerar tanto PSA como toque retal. Preencha o ano do	ulprost_ _

ultimo exame																						
HÁBITOS ALIMENTARES																						
93. Qual é seu peso? _____ kg (9) IGN O objetivo da questão é saber o peso do idoso Se faz tempo que o idoso não se pesa, considerar o peso da última aferição	pes_																					
94. Qual é a sua altura? _____ cm (9) IGN O objetivo da questão é saber a altura do idoso Considerar a altura da última aferição	alt_																					
95. Qual é o IMC do(a) senhor(a)? (0) Abaixo (1) normal (2) sobrepeso (3) obesidade I (4) obesidade II (5) obesidade III O IMC (Índice de Massa Corpórea) é reconhecido pela OMS como a principal referência para classificação das diferentes faixas de peso <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Categoria</th> <th style="text-align: left;">IMC</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abaixo do peso</td> <td>Abaixo de 18,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peso normal</td> <td>18,5 - 24,9</td> <td>Peso Saudável</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>25,0 - 29,9</td> <td>equivale</td> </tr> <tr> <td>Obesidade Grau I</td> <td>30,0 - 34,9</td> <td>ao peso Normal</td> </tr> <tr> <td>Obesidade Grau II</td> <td>35,0 - 39,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obesidade Grau III</td> <td>40,0 e acima</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	IMC		Abaixo do peso	Abaixo de 18,5		Peso normal	18,5 - 24,9	Peso Saudável	Sobrepeso	25,0 - 29,9	equivale	Obesidade Grau I	30,0 - 34,9	ao peso Normal	Obesidade Grau II	35,0 - 39,9		Obesidade Grau III	40,0 e acima		
Categoria	IMC																					
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5																					
Peso normal	18,5 - 24,9	Peso Saudável																				
Sobrepeso	25,0 - 29,9	equivale																				
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9	ao peso Normal																				
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9																					
Obesidade Grau III	40,0 e acima																					
96. Quantas refeições o(a) senhor(a) faz diariamente? (0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (9) IGN Considere as seguintes refeições: -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum -Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite - Ceia: ultima refeição, realizada antes de dormir	nref _																					
97. O(a) senhor(a) tem o hábito de comer alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas) diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 105) (1) Sim (9) IGN Nessa questão devem ser considerado todos os carboidratos que são ingeridos Carboidratos: Os carboidratos também podem ser chamados de glicídios ou açúcares, e eles são a principal fonte de energia para os seres vivos, estando presente em diversos tipos de alimento	carb _																					

Exemplos: Pães, Macarrão e outras massas (lasanha, canelone), Salgadinhos feitos com farinha de trigo (coxinha, pastel, fogazza), Bolos, Pizza, Arroz, Milho, Aveia, Batata, Mandioca, Mandioquinha, Mel, Melado, Aveia, Amido de milho (exemplo: Maisena), Cevada, Cereais matinas a base de milho (exemplo: Sucrilhos), Inhame, Batata-Baroa, Farinha de Mandioca, Farinha de Milho, Biscoitos	
98. Estes cereais fazem parte de quantas das suas refeições diárias? (0) 1-2 refeições (1) 3-4 refeições (2) 5-6 refeições (8) NSA (9) IGN -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum -Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite Ceia: ultima refeição, realizada antes de dormir	cabref _
99. Geralmente esses cereais são integrais? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Cereais integrais: são aqueles cereais que não foram refinados Geralmente apresentam coloração mais escura	carbint _
100. O(a) senhor(a) consome frutas todos os dias? (0) Não (pule para a questão nº 107) (1) Sim (9) IGN Fruta: alimento encontrado na natureza, A fruta (ou o fruto) é um produto comestível obtido a partir de certas plantas cultivadas ou silvestres	frut _
101. Quantas frutas o(a) senhor(a) come diariamente? (0) 1 fruta (1) 2-3 frutas (2) 4 ou mais frutas (8) NSA (9) IGN Considere cada porção cerca de 80 gramas, equivalente a uma fruta grande ou um punhado de frutas	
102. O(a) senhor(a) consome legumes e verduras todos os dias? (0) Não (pule para a questão nº 109) (1) Sim (9) IGN Verduras e legumes são plantas ou partes de plantas que servem para o consumo humano, como folhas, flores, frutos, caules, tubérculos e raízes A diferença entre eles está na parte botânica das plantas Verduras: são as folhas (acelga, alface, agrião, couve, escarola, espinafre, repolho, rúcula, entre outras) e as flores (alcachofra, brócolis e couve-flor) Legumes: são os frutos (abóbora, abobrinha, berinjela, chuchu, pepino, pimentão, tomate, entre outros), os caules (aipo, aspargo e palmito), os tubérculos (batata) e as raízes (beterraba, cenoura, mandioca, nabo e rabanete, entre outras)	
103. Os legumes e verduras fazem parte de quantas refeições diárias? (0) 1 refeição (1) 2-3 refeições (2) mais de 4 refeições (8) NSA (9) IGN -Café da manhã: primeira refeição do dia, desjejum	frutref _

-Almoço: refeição realizado no período de 11h da manhã e 14h da tarde -Lanche: refeição que ocorre entre as refeições principais como café da manhã, almoço e janta -Jantar: refeição realizado nas últimas horas da tarde ou a noite Ceia: ultima refeição, realizada antes de dormir	
104. Qual a frequência que o(a) senhor(a) consome carne vermelha (gado, porco, ovelha)? (0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (9) IGN Considerar carnes de origem bovina (boi/vaca), suína (porco), equina (cavalo), caprinos (cabrito), ovino (ovelha/capão) e de aves (galinha/marreco/pato/ganso) Frequência: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias	freqca _
105. Qual a frequência que o(a) senhor (a) consome carne de aves (frango, marreco, pato, ganso) (0) Não consumo (1) Diariamente (2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (9) IGN Considerar carnes de frango, marreco, pato, ganso Frequência: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias	freqa_
106. Qual a frequência que o(a) senhor (a) consome peixes? (0) Não consumo (1) Diariamente	freqp_

(2) 1-3 vezes por semana (3) quinzenalmente (4) Somente algumas vezes no ano (9) IGN Considerar qualquer tipo de peixe Em relação a frequência está definido: não consumo: quando carne não faz parte de nenhuma refeição do idoso; diariamente: quando a carne faz parte das refeições todos os dias da semana, nem que seja uma vez ao dia; 1-3 vezes por semana: considerar a semana 7 dias, de segunda a domingo; quinzenalmente: quando o consumo de carne ocorre no intervalo de 15 dias; somente algumas vezes no ano: quando o alimento faz parte das refeições em datas comemorativas, como Páscoa, Natal, Aniversário, e outras	
107. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes (ave, bovina, suína e outras)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo dessa questão é saber se o idoso retira da carne que vai consumir a gordura aparente, como a pele do frango, a capa de gordura da carne bovina e suína	gord _
108. Como é o preparo das seguintes carnes na maioria das vezes? Carne vermelha (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Frango (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Peixe (1) frito (2) assado (3) cozido (8)NSA (9)IGN Cozido: técnica em que o alimento é preparado na água ou vapor até adquirir uma consistência macia Frito / à milanesa: consiste em submergir um alimento natural ou empanado em um banho de óleo a 180° C A superfície do alimento torna-se dourada rapidamente Assado: cozinhar o alimento sob a ação do calor seco (assar) em altas temperaturas em formas ou assadeiras, tampados ou destampados	
109. O (a) senhor(a) consome leite e seus derivados(iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 116) (1) Sim (9) IGN Segundo a Instrução Normativa nº51 (18/09/2002) "Entende-se por leite, sem outra especificação, o produto oriundo da ordenha completa e ininterrupta, em condições de higiene, de vacas sadias, bem alimentadas e descansadas O leite de outros animais deve denominar-se segundo a espécie de que proceda" Derivados do leite: alimentos provenientes do leite, como: iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos	leit _
110. Que tipo de leite e seus derivados o(a) senhor(a) habitualmente consome? (1) Integral (2) Semidesnatado (3) Desnatado (4) In natura (8) NSA (9) IGN A quantidade de matéria gorda é o que difere os tipos de leite entre si Integral: contém um teor de gordura de no mínimo 3%; Semidesnatado: apresenta um nível de gordura de 0,6 a 2,9%; Desnatado: possui, no	tleite_

máximo, 0,5% de gorduras In natura: leite sem processamento, consumido diretamente após ordenha	
111. Pense nos seguintes alimentos: presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), frituras em geral, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias (9) IGN Nessa questão reforce principalmente acerca dos alimentos embutidos, que são alimentos que apresentam conservantes e outros aditivos químicos, como por exemplo: presunto, mortadela, salame, salsichas e linguiças são alguns exemplos clássicos de embutidos Hoje em dia também encontramos nos supermercados embutidos à base de aves, como frango e peru Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias)	embut _
112. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces O(a) senhor(a) costuma comer qualquer um deles com que frequência? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias (9) IGN Considerar qualquer doce, inclusive os produzidos artesanalmente (em casa), como compotas por exemplo Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias)	doces _
113. Qual é a frequência que o(a) senhor(a) consome alimentos defumados (linguiça, salame, carne)? (1) Raramente ou nunca (2) menos de 2 vezes/semana (3) de 2 a 3 vezes/semana (4) de 4 a 5 vezes/semana (5) todos os dias	

(9) IGN Defumação: processo de aplicação de fumaça aos produtos alimentícios , produzida pela combustão completa de algumas madeiras previamente selecionadas São produtos que após o processo de salga e cura, são submetidos ao processo de defumação para lhe conferir o sabor e o aroma característicos Raramente ou nunca: considerar até 1 vez no mês o consumo; Semana: de segunda a sexta (7 dias)	
114. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos? (1) Não utilizo gordura para cozinhar (2) Banha animal ou manteiga (3) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão, ou margarina Banha animal: é feita de gordura animal, normalmente de porco Manteiga: • Segundo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é composta por cerca de 80% de gordura sendo o restante água, resíduos de lactose (o açúcar do leite) e de butirina, um tipo de gordura A gordura vegetal – óleo vegetal: pode ser feita de diferentes tipos de óleos vegetais Ela é geralmente feita da mesma fonte dos óleos de cozinha, como o óleo de soja ou de semente de algodão Margarina: É um produto gorduroso em emulsão estável com leite ou seus constituintes ou derivados, e por óleo ou gordura vegetal, destinados à alimentação humana (sendo mais indicada para o uso culinário, no preparo de bolos e massas) possui cheiro e sabor característico	tgord _
115. O(a) senhor(a) costuma acrescentar sal nos alimentos, quando já servidos em seu prato? (0) Não (1) Sim (9) IGN Sal: substância dura e friável, de um sabor picante, e que, solvendo-se na água, serve habitualmente de tempero Substância, que resulta da combinação de um ácido com uma base química Considerar nessa questão o acréscimo de sal após os alimentos estarem prontos para o consumo, situados no prato do sujeito, momentos antes de serem consumidos	sal _
116. Quantos copos de água o(a) senhor(a) bebe por dia? Considerar um copo de 200ml (1) menos de 4 copos (2) 4-5 copos (3) 6-8 copos (4) 8 copos ou mais (9) IGN Copo americano: copo de vidro utilizado como medida em receitas, para bolos, macarrão instantâneo e medida de sabão em pó, apresenta o volume de 200 ml	água _
117. O(a) senhor(a) costuma beber refrigerante diariamente? (0) Não (pule para a questão nº 124) (1) Sim (9) IGN	refr _

O objetivo da questão é saber se o idoso consome refrigerante todos os dias Considerar sim mesmo que a ingestão seja 1 vez ao dia		
118. Que tipo de refrigerante o (a) senhor(a) consome? (0) diet (1) light (8) normal (8) NSA (9) IGN Diet: O termo só pode ser aplicado a alimentos destinados a dietas com restrição de nutrientes, como carboidrato, gordura, proteína ou sódio Um chocolate diet, por exemplo, não contém açúcar Já uma bebida diet deve possuir um teor de açúcar menor que 0,5g/100ml - esse limite pode ser maior nos refrigerantes dietéticos em que é adicionado suco de fruta Light: pode ser utilizado em produtos que tenham baixo ou reduzido valor energético ou valor nutricional Os alimentos light devem ter no máximo 40kcal/100g em produtos sólidos No caso de bebidas, a proporção é de até 20kcal/100ml ou a redução mínima de 25% em termos de calorias, em comparação com produtos similares convencionais O produto ao qual o alimento é comparado deve ser indicado no rótulo Normal: bebida sem restrição de açúcar e/ou outro componente		light _
ATIVIDADE LABORAL		
119. O senhor realiza alguma atividade laboral? (0) Sim (1) Não, mas já realizei (2) Nunca realizei (pule para a questão nº 127) (9) (IGN) Considerar atividade laboral qualquer atividade que tenha relação com o meio de trabalho Trabalho: qualquer força aplicada para o deslocamento		atlab_ _
120. Pense em uma semana normal (rotina) Qual dessas atividades o senhor (a) realiza ou realizava? Trabalha/trabalhava na lavoura (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava na horta (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava no cuidado de animais (boi, vaca, ovelha) (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava na ordenha de vacas (0) Não (1) Sim Trabalha/trabalhava cuidando do pomar (0) Não (1) Sim Outra atividade: _____ Nessa questão considerar as atividades que ocorrem no presente ou ocorriam no passado, utilize o seguinte conceito de rotina : Hábito de fazer uma coisa sempre do mesmo modo” Trabalhar na lavoura: qualquer atividade ou ação e que o sujeito atue sobre a o		tipati_ _

solo Trabalhar na horta: qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue em um terreno onde são cultivados legumes e hortaliças. Nela também podem plantar-se temperos e ervas medicinais Trabalhar no cuidado aos animais: qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue em contato com os animais, sejam eles de qualquer espécie bovina (boi/vaca), suína (porco), equina (cavalo), caprinos (cabrito), ovino (ovelha/capão) e de aves (galinha/marreco/pato/ganso) Trabalhar na ordenha das vacas: considerar qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue sobre as vacas que sejam destinadas a retirada de leite. Ordenhar significa tirar o leite das vacas ou cabras. Considerar outras atividades que esteja ligada ao cuidado de uma leitaria. Leitaria: local anexo a uma vacaria para depósito de leite Trabalhar no pomar: considerar qualquer atividade ou ação em que o sujeito atue sobre árvores frutíferas. Considerar a colheita de frutas, poda, limpeza e plantação de sementes	
126. Pense em um dia normal (rotina). Quantas horas aproximadamente o(a) Sr(a) gasta ou gastava realizando essas atividades? (2) < de 4 horas (3) de 4 a 8 horas (4) mais de 8 horas (8) NSA (9) IGN Nessa questão considerar o total de horas que eram ou são dispensadas para realizar as atividades mencionadas na questão anterior. Peça que o idoso some as horas, considerando uma hora = 60 minutos	frati_ _
127. O(a) Sr(a) tem o hábito de realizar alguma destas atividades diariamente durante 10 minutos contínuos? Caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Varrer casa/quintal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Dançar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outra _____ Nessa questão serão consideradas outras atividades que não estejam ligadas ao meio de trabalho, sejam elas realizadas por lazer ou não. Para dizer que Sim eu realizo, o idoso deve desenvolver a atividade pelo menos durante 10 minutos contínuos, o que significa não ter interrupção da ação nesse período Caminhar: percorrer um caminho andando	cami_ anbi_ varr_ dan_

Andar de bicicleta: bicicleta: veículo de duas rodas, sendo a traseira acionada por um sistema de pedais que movimentam uma corrente transmissora Considerar qualquer veículo em que o sujeito tenha que movimentar as pernas para acionar o seu movimento Varrer a casa/quintal: considerar a ação de limpar com vassoura qualquer ambiente, seja ele situado dentro do domicílio ou fora (quintal, jardim, rua, horta, jardim)	
AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE	
128. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Péssima (1) Má (2) Regular (3) Boa (4) Ótima (9) IGN	saude_
129. Comparando sua saúde de hoje com a sua saúde de 1 ano atrás, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Pior (1) Igual (2) Melhor (9) IGN	sahoj_
130. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é? (0) Pior (1) Igual (2) Melhor (9) IGN	saout_
131. Se precisar de cuidados o (a) senhor(a) tem alguém que possa lhe cuidar? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cuida_
FENÓTIPO DA FRAGILIDADE – avaliação autorreferida da fragilidade	
132. Perda de Peso: Nos últimos 12 meses, o (a) Sr(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? (0) Não (1) Sim(de 1 a 2,999kg) (2) Sim (3 kg ou mais) (9) IGN O objetivo dessa questão é saber se o idoso perdeu peso nos últimos 12 meses (um ano) sem fazer dieta, independente do seu estado de saúde	perdp__
133. Redução da força: Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) Sr(a) se sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo dessa questão é saber se o idoso se sente mais fraco, se sente que sua força diminuiu nos últimos 12 meses (um ano), independente de seu estado de saúde. Nesse caso a força diminuída refere-se a diminuição de força para levantar-se, caminhar ou diminuição de força de preensão palmar (apertar um objeto com as mãos e mantê-lo suspenso sem soltar)	redfo__
134. Redução da velocidade de caminhada: O(a) Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há	redve__

12 meses (há um ano)? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo dessa questão é saber se o idoso acha que está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (um ano), independente de seu estado de saúde	
135. Baixo nível de atividade física: O (a) Sr(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo dessa questão é saber se o idoso acha que está realizando menos atividade físicas do que fazia há 12 meses (um ano), independente de seu estado de saúde. É considerado atividade física qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso, como caminhada, cortar a grama, varrer, jardinagem, corrida, ciclismo, dança, aeróbica, boliche, golfe, squash e natação	baive__
136. Fadiga relatada: A) Com que frequência, na última semana, o(a) Sr(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar): (3) Nunca ou raramente (menos de 1 dia) (4) Poucas vezes (1 – 2 dias) (5) Algumas vezes (3 – 4 dias) (6) A maior parte do tempo (9) IGN O objetivo dessa questão é saber com que frequência, na última semana, o idoso sentiu que iniciava uma atividade e não conseguia terminar. Leia as alternativas e marque conforme o idoso referir	fadir__
137. Fadiga relatada: B) Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) Sr(a) um grande esforço para serem realizadas: (3) Nunca ou raramente (menos de 1 dia) (4) Poucas vezes (1 – 2 dias) (5) Algumas vezes (3 – 4 dias) (6) A maior parte do tempo	fadib_ _

(9) IGN O objetivo dessa questão é saber com que frequência, na última semana, o idoso percebeu que a realização de suas atividades rotineiras exigiram um esforço maior do que habitualmente, nesse caso as atividades rotineiras são considerados alimentar-se, vestir-se, caminhar, banhar-se, entre outras	
ÍNDICE DE KATZ	
138. Para tomar banho o(a) senhor(a): (leito, banheiro, chuveiro) (1) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinha, se este for o modo habitual de tomar banho) (2) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (3) recebe ajuda para lavar mais uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	banh_ _
139. Para vestir-se (pegar roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas e manusear fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) o(a) senhor(a) : (1) pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda (2) pega roupa e veste-se completamente, sem ajuda, exceto amarrar sapatos (3) recebe ajuda para pegar roupa ou vestir-se, parcial ou completamente sem roupas	vest_ _
140. Para usar o vaso sanitário (ir ao banheiro ou local equivalente para evacuar ou urinar, higiene íntima e arrumação das roupas) o(a) senhor(a): (1) vai ao banheiro ou local equivalente limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas, usar comadre ou urinol a noite , esvaziando pela manhã) (2) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite (3) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	vasos_ _
141. Para se transferir o(a) senhor(a) (1) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar ajudando objeto para apoio, como bengala ou andador) (2) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (3) não sai da cama	trans_ _
142. Quanto a continência (controle da urina e de evacuação) (1) controla inteiramente micção e evacuação (2) tem acidentes ocasionais (3) necessita de ajuda para manter o controle de micção; usa cateter ou é	incont_ _

incontinente	
143. Quanto a alimentação o(a) senhor(a): (1) alimenta-se sem ajuda (2) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (3) Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos SOMAR EM QUANTAS QUESTÕES O IDOSO NECESSITOU DE AJUDA PARA REALIZAR AS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA	alim_ _ total _
ESCALA DE LAWTON	
144. Em relação ao uso do telefone o(a) senhor(a) consegue utilizar: (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (quando alguém o auxilia, ditando os números por exemplo) (3) não consegue (sempre que necessita telefonar, pede auxílio total de alguém) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) conseguia usar o telefone sozinho(a), desconsidere o telefone celular Caso o idoso relate não lembrar o número do telefone, pergunte se ele tendo o número com auxílio de uma agenda ou de alguma pessoa lhe informando, ele consegue discar os dígitos e fazer ligações Nos casos em que não exista telefone no domicílio, pergunte se o(a) idoso(a) consegue fazer uma ligação de um telefone de algum vizinho ou parente ou mesmo de um telefone público (“orelhão”)	usotel_ _
145. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? (1) sem ajuda (vai e volta sozinho) (2) com ajuda parcial (acompanhado de alguém que o auxilio a deslocar-se) (3) não consegue (só vai a outros locais sendo levado por outra pessoa, necessita de transporte previamente agendado) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue utilizar sozinho(a) algum meio de transporte para o seu deslocamento e se consegue se deslocar de modo independente usando algum desses meios de transportes	locdis_ _
146. O(a) senhor(a) consegue fazer compras? (1) sem ajuda Se o(a) idoso(a) conseguia fazer compras de forma autônoma) (2) com ajuda parcial (no caso do(a) idoso(a) relatar precisar da companhia de alguém para fazer compras)	fazcom_ _

(3) não consegue (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) forma completamente incapaz de sair para fazer compras) O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer compras sozinho(a), dialogar, escolher, fazer o pagamento dos produtos, em locais como vendas, supermercados, lojas de roupas, etc. Não nos interessa saber se ele não consegue carregar sacolas, por exemplo	
147. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (necessita de ajuda de alguém) (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer sozinho(a) sua própria comida. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma: "Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, conseguia preparar sua própria comida sozinho?"	pref _ _
148. O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue arrumar sozinho(a) sua casa, apartamento ou local onde vive. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma: "Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?" Considere arrumar a casa a organização dos ambientes, a limpeza (superficial), como por exemplo tirar o pó, esticar a cama, lavar louça)	arrum _ _
149. O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue lidar com pequenos objetos. Considere o uso de chaves por exemplo, nessa questão pense em situações que exigem que o idoso utilize a sua coordenação motora fina. Coordenação motora fina: Nossa capacidade motora fina nos permite usar os pequenos músculos do nosso corpo. Escrever, coordenar os movimentos das mãos e dos olhos, criar peças de arte, mover olhos e lábios são exemplos de habilidade motora fina. Pegar uma pequena folha do chão com os dedos também é um uso dela. O mesmo acontece com a montagem de um quebra-cabeça ou quando alguém brinca com tijolinhos de construção — o que envolve também a nossa capacidade motora visual. Qualquer coisa que fazemos coordenando olhos e mãos estão ligadas com essa capacidade motora fina, como usar um lápis, inclusive para desenhar.	trabm _ _

150. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue lavar e passar sozinho(a) suas roupas. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma: "Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?" Considere lavar roupas o ato de higienizar manualmente ou não (uso de máquinas de lavar roupas) suas roupas ou de outras pessoas. AS duas ações devem estar associadas, caso o idoso não consiga realizar uma delas, como por exemplo, consegue lavar, mas não passar, considere a opção com ajuda parcial.	lavpas_ _
151. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (alguém o auxilie, porém caso necessite ingerir sozinho, te condições) (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue tomar os remédios na dose e nos horários certos. Caso ele(a) relate que não toma remédios, repita a pergunta da seguinte forma: "Se for necessário, o(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários certos?"	remed_ _
152. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças? (1) sem ajuda (2) com ajuda parcial (marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precisa de ajuda de alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco) (3) não consegue O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a). Considere o termo finanças o estudo da circulação do dinheiro entre os particulares, as empresas ou os vários Estados. Em outros termos, as finanças tratam da gestão do dinheiro.	finan_ _
SE O IDOSO(A) EM ALGUMA QUESTÃO RESPONDEU QUE PRECISAVA DE AJUDA APLIQUE AS QUESTÕES DE 153 A 155	
153. De quem o(a) Sr(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a) (2) Filho(a) (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago (aplicar a questão 148)	recaju _

(6) Acompanhante não pago (7) Se outro, qual? _____ (8) NSA O objetivo é saber quem cuida do idoso ou ajuda-o na maioria das tarefas da vida diária	
154. Se paga, quanto o(a) Sr(a) paga por mês? R\$ _____. (reais) (8) NSA (9) IGN Saber em reais quanto o idoso paga por mês para o acompanhante pago	pagme _____
155. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr(a) recebia de ajuda durante o dia (dia e noite)? ____ (horas) (0) menos de 1 hora (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber quantas horas por dia, considerar 24 horas, o idoso recebe de ajuda	teajhd ____
MINE EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM) (Cada alternativa correta vale 1 ponto)	
156. Qual é <leia as alternativas>em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: ____: ____ Pergunte “QUAL É O DIA DA SEMANA EM QUE ESTAMOS?”; anote a resposta; siga perguntando os demais itens e anotando as respostas nos espaços correspondentes Em relação à hora aproximada, se o entrevistado responder que não sabe, diga “MAIS OU MENOS, QUE HORAS O(A) SR(A) ACHA QUE É AGORA?” Anote a resposta Se o entrevistado, automaticamente, olhar para o relógio, não faça nenhum comentário e anote a resposta Caso o entrevistado apresente algum déficit auditivo, fale em tom de voz mais alto que o habitual e registre esta observação. Considerar uma hora a mais e uma hora a menos	dias ____ diam ____ mês ____ ano ____ hora ____
157. Qual é <leia as alternativas>onde estamos? O município: () Pelotas () Outra/Não sabe A localidade: _____ () Outro/Não sabe O estado: () RS () Outro/Não sabe O país: () Brasil () Outro/Não sabe O local da casa: _____ () Outro/Não sabe Pergunte “QUAL É A CIDADE ONDE ESTAMOS?”; anote a resposta; siga perguntando os demais itens e anotando as respostas nos espaços	cidade ____ bairro ____ estado ____ país ____ lochos ____

correspondentes	
158. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO O(a) Sr(a) poderia repetir para mim? () carro () outro/não sabe () vaso () outro/não sabe () tijolo () outro/não sabe Leia a pergunta “EU VOU LHE DIZER O NOME DE TRÊS OBJETOS: CARRO, VASO, TIJOLO O SR(A) PODERIA REPETIR PRA MIM? PAUSADAMENTE diga as palavras CARRO, VASO, TIJOLO e então pergunte: “O(A) SR(A) PODERIA REPETIR PARA MIM?” Se o entrevistado começar a repetição logo após você ter dito a primeira palavra, diga “POR FAVOR, ESPERE EU TERMINAR E REPITA DEPOIS, TUDO BEM?” Anotar a primeira resposta, independente da ordem em que as palavras forem repetidas Se o entrevistado não conseguir repetir as três palavras corretamente, repita a questão até que ele memorize as três palavras Anote abaixo da pergunta o número de tentativas para memorização (no Maximo 5) Se mesmo após 5 tentativas o entrevistado não memorizou as três palavras, independente da ordem, anote: 5 tentativas sem sucesso	carro __ vaso __ tijolo __
Repita as respostas até o indivíduo aprender as três palavras (5 tentativas)	
159. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas Quanto é: 1 100-7: _____ 2 93-7: _____ 3 86-7: _____ 4 79-7: _____ 5 72-7: _____ Diga “AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS CONTAS” e pergunte QUANTO É 100 – 7; anote a resposta no espaço correspondente Prossiga com as outras subtrações da mesma forma Caso o entrevistado demonstre resistência com justificativas do tipo “nunca fui bom em matemática; não sei fazer contas; a cabeça não esta mais ajudando” reforce que é muito importante ele responder todas as perguntas e que você não está lá para julgar se as respostas estão certas ou não Diga algo como: “POR FAVOR, FAÇA UM ESFORÇO, POIS ISSO É MUITO IMPORTANTE PARA NOSSA PESQUISA” Não é permitido que ele(a) faça contas no papel	conta __
160. O(a) Sr(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro/não sabe () vaso () outro/não sabe () tijolo () outro/não sabe Apenas faça a leitura da pergunta Se o entrevistado disser imediatamente que não lembra, diga “EM UMA PERGUNTA ANTERIOR EU LHE DISSE O NOME DE TRÊS OBJETOS, ESTÁ LEMBRADO? ENTÃO, EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) TENTASSE SE LEMBRAR O NOME DESSES OBJETOS”	carro1 __ vaso1 __ tijolo1 __

Marque as repostas, independente da ordem	
161. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR> Um lápis (padrão): () lápis () outro Um relógio de pulso: () relógio () outro Leia a pergunta “COMO É O NOME DESTES OBJETOS?” e mostre um lápis e um relógio de pulso simples, “com cara de relógio”	lápis ____ relo ____
162. Eu vou lhe dizer uma frase: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” O(a) Sr(a) poderia repetir? () repetiu () não repetiu Leia a pergunta “EU VOU DIZER UMA FRASE” e leia a frase: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” pausadamente Solicite ao entrevistado que repita A repetição deve ser exatamente na mesma ordem	repet ____
163. Eu gostaria que o(a) Sr(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS Pegue este papel com a mão direita () cumpriu () não cumpriu Dobre ao meio com as duas mãos () cumpriu () não cumpriu Solte o papel no chão () cumpriu () não cumpriu Pegue uma folha em branco e, com ela em suas mãos, leia a pergunta EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) FIZESSE DE ACORDO COM AS SEGUINTE INSTRUÇÕES: O(A) SR(A) VAI PEGAR ESTE PAPEL COM SUA MÃO DIREITA – se neste momento o entrevistado fizer qualquer gesto para pegar a folha, peça que ele espere o final das instruções (POR FAVOR, ESPERE UM POUCO), DOBRAR AO MEIO COM AS DUAS MÃOS E SOLTE O PAPEL NO CHÃO Depois de ler a instrução, colocar o papel sobre sua prancheta e diga “O(A) SR(A) PODE PEGAR A FOLHA AGORA” Observe a execução das tarefas e anote com um X as respostas Se ele não acertar alguma das ordens, não invalida as demais	etapa1 ____ etapa2 ____ etapa3 ____
164. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita O(a) Sr(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que diz a frase Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHE OS OLHOS” () realizou tarefa () não realizou tarefa/outro Deve ser aplicada à todos os entrevistados, independente da escolaridade, ou seja, inclusive para aqueles analfabetos O entrevistado pode pegar o papel na mão e aproximar ou afastar da face o quanto desejar Observe se ele(a) executa a tarefa ou não Se o entrevistado não conseguir executar a tarefa devido a algum déficit visual, registre nas observações No máximo repetir até três vezes	lei ____
165. O(a) Sr(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA FOLHA BRANCA	frase ____

() realizou tarefa () não realizou tarefa/outro Somente deverá ser aplicada à pessoas que sabem escrever (perguntar antes) Diga “AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) ESCRIVESSE UMA FRASE DE SUA ESCOLHA, UMA FRASE QUALQUER” Ofereça seu lápis e indique o local do questionário em que a frase deve ser escrita Se necessário, explicar que NÃO IMPORTA O TIPO DE FRASE, SE VAI ESTAR CERTO OU NÃO, NEM SE LETRA DELE(A) É BONITA OU FEIA; CASO O ENTREVISTADO RESISTA, INSISTA UM POUCO, EXPLIQUE NOVAMENTE QUE É IMPORTANTE PARA A PESQUISA QUE ELE TENHA RESPONDIDO À TODAS AS PERGUNTAS Evite dizer “Pode escrever qualquer coisa”, pois muitos entendem que pode ser uma palavra Se necessário, oriente o entrevistado dizendo uma “FRASE QUE COMECE COM EU, POR EXEMPLO” No Máximo repetir até três vezes	
166. e para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr(a) copiasse esse desenho: MOSTRAR O DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR NA FOLHA BRANCA () realizou tarefa () não realizou tarefa/outro Aplicada inclusive para analfabetos Mostrar o desenho, oferecer o lápis e orientá-lo à copiar o mesmo ao lado Se necessário, tranquilize-o dizendo que NÃO IMPORTA SE VAI FICAR TORTO, TREMIDO, BONITO OU FEIO O IMPORTANTE É TENTAR COPIAR O DESENHO DA MELHOR FORMA POSSÍVEL No máximo repetir até três vezes	praxia __ Total: __
BLOCO QUEDA	
167. Quantas medicações diferentes o (a) senhor(a) toma diariamente? ____ medicações (9) IGN O objetivo desta questão é saber quantos remédios (quantidade) o idoso toma por dia	qmed__
168. O(a) Sr(a) poderia me mostras as medicações? (Pedir e anotar) _____ _____ _____ _____ _____	qmedic__

Pedir a caixa e anotar as medicações Se o(a) idoso(a) respondeu que não toma nenhum medicamento, ignorar esta questão, caso contrário anotar todas as medicações que o(a) idoso(a) ingere diariamente, pedir a caixa ou embalagem/remédio e anotar corretamente o nome do remédio	
169. Sua cama é alta em relação ao chão? (0) Não (1) Sim (9) IGN Considerar altura da cama correta quando o idoso se senta na beira desta e consegue colocar facilmente os dois pés no chão A altura da cama deve permitir o idoso ficar sentado e apoiar os pés no chão facilitando o equilíbrio (evitando tonturas) - geralmente entre 45 e 65cm dependendo do idoso	qcam__
170. Sua cama apresenta grades de proteção? (0) Não (1) Sim (9) IGN Considerar aqui qualquer tipo de proteção lateral, corrimão, tábua ou barras de apoio O objetivo desta questão é saber se ao levantar-se ou sentar-se o idoso tem segurança	qgrad__
171. O(a) senhor(a) tem tapetes em sua casa? (0) Não(pule para a questão nº 173) (1) Sim (8) NSA (9) IGN Objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) tem tapetes em sua casa Considerar qualquer tipo de tapete O uso de tapetes é fator de risco à ocorrência de queda	qtap__
172. O tapete é aderente ao piso ou antiderrapante? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se o(a) idoso(a) respondeu que tem tapetes onde mora perguntar se o tapete é: Aderente ao piso ou Antiderrapante: apresenta material que adere ao piso e evita que deslize sobre a superfície Objetivo desta questão é saber se o tapete oferece segurança para o(a) idoso(a)	qader__
173. O piso ou assoalho em sua casa é escorregadio? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o piso da casa onde o(a) idoso(a) mora é escorregadio ou não Se fazem uso de material encerado	qasso__
174. O(a) senhor(a) tem escada em sua casa? (0) Não (pule para a questão nº 176) (1) Sim (9) IGN Falar para o idoso que considere escada dois ou mais degraus	qesc__
175. A escada possui corrimão? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Corrimão são barras de apoio colocadas ao lado da escada para que o idoso possa se locomover com mais segurança Objetivo é saber se há segurança no acesso e/ou autonomia nas dependências do lar	qcorri__
176. O(a) senhor(a) tem barras de apoio no banheiro em sua casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	qbarr__

O objetivo desta questão é saber se o calçado de uso habitual quando sai de casa (fora do domicílio, considerar na lavoura) está auxiliando ou dificultando a locomoção do(a) idoso(a) e se oferece segurança ao mesmo Considere: (1) Pantufa: considere pantufa aquele calçado totalmente fechado preso ao pé com lã no seu interior (2) Chinelo: considere chinelo aquele calçado aberto, com ou sem lã no seu interior, com tiras ou não, não preso ao pé (3) Sandália: considere sandália aquele calçado aberto preso ao pé (4) Sapato fechado: considere aquele sapato totalmente fechado, como tênis, moleca, bota (5) Descalço: considere quando o(a) idoso(a) referir que não usa nada nos pés	
182. O (a) senhor(a) faz uso de roupas largas ou compridas? (0) Não (1) Sim (9) IGN Considerar roupas que impedem ou dificultam o movimento do idoso Roupas largas ou compridas favorecem a ocorrência de quedas	group__
183. Quantos cômodos têm a sua casa? (0) Até 3 (1) 4 a 6 (2) 7 ou mais (9) IGN Considerar cômodos todas as peças da casa onde o idoso mora, como quartos, sala, cozinha, banheiro e outros O objetivo desta questão é saber se a casa onde o(a) idoso(a) mora é ampla, com vários cômodos, e se oferece conforto ao(a) idoso(a)	qcomo__
184. Onde o(a) senhor(a) mora possui um dormitório somente para o(a) senhor(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN Saber se o(a) idoso(a) tem um dormitório somente para ele Se o(a) idoso(a) tiver acompanhante e este dormir no mesmo quarto considerar a resposta como: SIM O objetivo desta questão é saber se o(a) idoso(a) tem privacidade, segurança no local onde morra	qdorm__
185. Que tipo de transporte o(a) senhor(a) utiliza habitualmente quando sai de sua casa? (1) Carro particular (2) Ônibus (3) táxi (4) Moto (5) Bicicleta (6) Tração animal/charrete (7) cavalo (8) trator (9) IGN Objetivo desta questão é saber qual o meio de transporte utilizado pelo(a) idoso(a) Considere: (1) Carro particular: considere carro particular sendo geralmente conduzido pelo idoso/familiar/outros (2) Ônibus: considere ônibus qualquer tipo de transporte coletivo de uso comum à população	qtrans__

(3) Táxi: considere táxi o carro de aluguel, que deve-se dispor de algum valor financeiro para seu uso (4) Moto: considere moto o transporte com duas rodas motorizada, motocicleta (5) Bicicleta: considere como sendo o transporte com duas rodas não motorizado (6) Tração animal/Charrete: considere como sendo o transporte de tração animal (7) cavalo: considere como sendo transporte (eu Denise q “fiz” essa do cavalo pois não tava na descrição, não sei se fica, ou sai, e se fica acho q tem q acrescentar algo) (8) trator: considere como sendo o transporte com quatro rodas com ou sem cabina para proteção	
186. O (a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (0) Não (pule para a questão nº 198) (1) Sim (9) IGN Considere queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. Escrever o número de quedas que o idoso teve nos últimos 12 meses, se ele(a) não lembrar, insista, dizendo que é muito importante para a pesquisa que ele(a) diga mais ou menos o número de quedas sofridas	qqued_ _
187. Quantas vezes o(a) senhor(a) caiu nos últimos 6 meses? (0) Nenhuma (1) 1 vez (2) 2 a 3 vezes (3) 4 ou mais vezes (8) NSA (9) IGN	
188. Quantas vezes o(a) senhor(a) caiu no último mês? (0) Nenhuma (1) 1 vez (2) 2 a 3 vezes (3) 4 ou mais vezes (8) NSA (9) IGN	
189. Em qual local o(a) senhor(a) já sofreu a queda? (1) Pátio/Quintal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (2) Cozinha (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (3) Dormitório/Quarto (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (4) Sala (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (5) Lavoura (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (6) Galpão/Estrebaria (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN (7) Outro Qual? _____ Se o idoso respondeu que já sofreu queda perguntar onde o idoso caiu, considere: Pátio/Quintal: lugar ao redor da casa e onde são plantadas as verduras Cozinha: lugar onde são preparadas as refeições da família Dormitório/Quarto: lugar onde o idoso dorme	qqulug_ _

Sala: lugar de encontro na casa Lavoura: lugar onde é exercido trabalho agrícola Galpão: lugar onde é guardado os materiais e utensílios usados no trabalho diário Estrebaria: lugar onde ficam os animais de quatro patas	
190. Em virtude da queda o(a) senhor(a) necessitou de algum tipo de atendimento de um profissional da saúde? 121. Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Perguntar ao idoso se em alguma queda ocorrida necessitou de atendimento de algum profissional da saúde, considerar profissional da saúde: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e odontólogo	
191. O(a) senhor(a) sofreu trauma decorrente de alguma destas quedas? (0) Não (pule para a questão nº 196) (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo desta questão é saber se o idoso sofreu algum trauma físico desta queda, considerar: fraturas, escoriações, entorses, luxações, contusões e cortes	qqutra_ _
192. Que tipo de trauma o(a) senhor(a) sofreu decorrente das quedas? Contusão (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Trauma craniano (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Luxação (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Escoriação (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Entorce (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Fratura (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN – se aqui a resposta for NÃO pule para a questão (pule para a questão nº 196) O objetivo é saber qual tipo de trauma físico o(a) idoso(a) sofreu decorrente das quedas ou queda Considere: Contusão muscular: é uma lesão traumática aguda, sem corte, decorrente de trauma direto aos tecidos moles e que provoca dor e edema Trauma craniano: é uma lesão na cabeça que pode ocorrer imediatamente ou se desenvolver lentamente no decorrer de várias horas, vai desde um simples corte até hemorragia cerebral e fratura Luxação: é o deslocamento repentino e duradouro, parcial ou completo de um ou mais ossos de uma articulação Escoriação: significa uma falta substancial da pele, que atinge a derme É uma	

lesão discreta, resultante de um trauma por abrasão linear ou com pequenas manchas, pontos ou depressões, produzida por meios mecânicos Entorse: é a perda momentânea da congruência articular (cápsula articular e/ou ligamentos) de uma articulação Também pode ser definida como uma lesão traumática de uma articulação, com alongamento, arrancamento ou rotura de um ou mais ligamentos, sem deslocamento das superfícies articulares Fratura: é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos após um traumatismo																															
193. Que tipo de fratura o(a) senhor(a) teve? <table border="0"> <tr> <td>Fêmur</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Rádio/ulna</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Úmero</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Coluna</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Objetivo é saber qual osso do corpo o idoso fraturou Considerar: Fêmur: osso localizado na região da coxa, considerado osso longo Rádio/Ulna: ossos localizados na região do antebraço Úmero: osso localizado na região do braço Coluna vertebral: também chamada de espinha dorsal, estende-se do crânio até a pelve, é responsável por dois quintos do peso corporal total e é composta por tecido conjuntivo e por uma série de ossos, chamados vértebras, as quais estão sobrepostas em forma de uma coluna, daí o termo coluna vertebral A coluna vertebral é constituída por 24 vértebras + sacro + cóccix e constitui, junto com a cabeça, esterno e costelas, o esqueleto axial	Fêmur	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Rádio/ulna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Úmero	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Coluna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Outro _____										
Fêmur	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Rádio/ulna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Úmero	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Coluna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Outro _____																															
194. Em virtude deste trauma, o(a) senhor(a) necessitou de hospitalização? <table border="0"> <tr> <td>Contusão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Trauma craniano</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Luxação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Escoriação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Entorce</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Fratura</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> <td>(9) IGN</td> </tr> </table> Objetivo é saber se o idoso necessitou ser internado/hospitalizado em hospital	Contusão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Trauma craniano	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Luxação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Escoriação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Entorce	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	Fratura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
Contusão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Trauma craniano	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Luxação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Escoriação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Entorce	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											
Fratura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN																											

para tratamento de algum trauma descrito acima Considerar hospitalização como o período em que o idoso permaneceu no hospital	
195. Em virtude deste trauma o(a) senhor(a) fez algum destes tratamentos? Contusão (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Trauma craniano (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Luxação (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Escoriação (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Entorse (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Fratura (0) cirúrgico (1) medicamentosos (2) imobilização (conservador) (3)nenhum (8) NSA (9) IGN Objetivo é saber se o idoso devido ao trauma fez algum dos tratamentos descritos Considerar: Cirúrgico: é a parte do processo terapêutico em que o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente Medicamentoso: ocorre quando se faz uso de medicamentos/remédios para tratamento de algum trauma Imobilização: tornar o membro imóvel, imobilizar, geralmente com material de gesso ou tala	
196. Após a(s) queda(s) o(a) senhor(a) ficou com medo de cair novamente? (0) Não (pule para a questão nº 198) (1) Sim (8) NSA (9) IGN Considere medo de cair: como um senti-mento de grande inquietação frente à noção de um perigo real, aparente ou imaginário de queda Atualmente os estudos têm definido o medo de cair como baixa autoeficácia ou baixa confiança em evitar quedas	qqumed__
197. O medo de cair fez com que o (a) senhor(a) deixasse de realizar alguma atividade? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN O objetivo é saber se o idoso após ter sofrido queda e ter ficado com medo de cair	qquativ__

novamente deixou de fazer alguma atividade da vida diária	
Diga até 5 (cinco) palavras que vêm a sua cabeça sobre os temas seguintes (marcar com um X a mais importante):	
198. Envelhecimento _____ _____ _____ _____ Pedir que o idoso diga cinco PALAVRAS sobre o que pensa quando questionado sobre envelhecimento Considerar envelhecimento como um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 60 anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, tornado-se mais acelerado quanto maior a idade; as condições sociais variam de acordo com o momento histórico e cultural; as condições econômicas são marcadas pela aposentadoria; a intelectual é quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; e a funcional é quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas do dia-a-dia	
199. Queda _____ _____ _____ _____ Pedir que o idoso diga cinco PALAVRAS sobre o que pensa quando questionado queda, considere queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade	
200. Risco de Queda _____ _____ _____ _____	

Pedir que o idoso diga cinco PALAVRAS sobre o que pensa quando questionado sobre o risco de queda, considerar como sendo o que o idoso pense em ser risco para ele sofrer queda	
201. O(a) senhor(a) possui algum animal doméstico? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo da questão é saber se o idoso possui algum animal doméstico (cachorro, gato)	
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 15	
202. O(a) senhor(a) está basicamente satisfeito com sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) está feliz e satisfeito com a sua vida	dgsat__
203. O(a) senhor(a) deixou muitos de seus interesses e atividades? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) deixou de realizar algum sonho/objetivo de vida por causa da velhice/envelhecimento	dginat__
204. O(a) senhor(a) sente que sua vida está vazia? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente que falta alguma coisa em sua vida ou Alguém	dgvaz__
205. O(a) senhor(a) se aborrece com frequência? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) fica chateado com frequência, considerar o aborrecimento quase que diário	dgabo__
206. O(a) senhor(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente-se de bom humor quase sempre na sua vida, sente-se alegre	dgboh__
207. O(a) senhor(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) tem medo da vida, medo de morrer ou ficar doente, e fica pensando nisso	dgmal__
208. O(a) senhor(a) se sente feliz a maior parte do tempo (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) está alegre na maioria dos dias de sua vida	dgfel__
209. O(a) senhor(a) sente que sua situação não tem saída? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) acredita que o envelhecimento representa algo ruim na sua vida e que não vai ocorrer melhora	dgsitsa__

210. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente-se infeliz e não quer sair de casa para evitar o relacionamento com outras pessoas	dgcois__
211. O(a) senhor(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria dos idosos? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente estar com mais problemas de memória que os idosos que convive	dgpro__
212. O(a) senhor(a) acha maravilhoso estar vivo? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) gosta de viver e está feliz	dgviv__
213. O(a) senhor(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente-se infeliz ao ser idoso, e estar envelhecendo	dgatcir__
214. O(a) senhor(a) se sente cheio de energia? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente vontade de fazer as coisas	dgchene__
215. O(a) senhor(a) acha que sua situação é sem esperanças? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente estar passando por um momento difícil que é o envelhecimento, e que isso vai ser sempre assim, sem mudanças para algo melhor	dgesp__
216. O(a) senhor(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você? (0) Não (1) Sim (9) IGN O objetivo é saber se o(a) idoso(a) sente-se inferior aos idosos que conhece, em relação à vida e saúde	dgmel__
ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH	
217. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado e lendo? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar	cocsl__

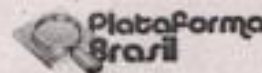
(3) grande probabilidade de cochilar O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir sentado e lendo Considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	
218. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado assistindo TV? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar (3) grande probabilidade de cochilar O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir Assistindo TV, considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	cocat_ _
219. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo em um teatro, reunião ou palestra)? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar (3) grande probabilidade de cochilar O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo em um teatro, reunião ou palestra) Considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	cocqui_ _
220. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar (3) grande probabilidade de cochilar O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir, andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro Considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	cocacar_ _
221. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar (3) grande probabilidade de cochilar	cocdalm_ _

O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir, sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool Considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	
222. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, em um carro parado no transito por alguns minutos? (0) nunca cochilaria (1) pequena probabilidade de cochilar (2) probabilidade média de cochilar (3) grande probabilidade de cochilar O objetivo é saber qual a chance de o(a) idoso(a) cochilar ou dormir, em um carro parado no transito por alguns minutos Considere cochilar: dormir levemente ou ter descuido ou distrair-se	cocparc_ _
Horário de término da entrevista: _ _ : _ _ h	
AGRADEÇO A COLABORAÇÃO	

Anexo

Anexo A - Autorização do Comitê de Ética

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa
Pesquisador: Patrícia Mirapalheta Pereira
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 29256214.1.0000.5316
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.802
Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de tese intitulado Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa tem como objetivo geral analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados e objetivos específicos descrever o perfil dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e morbidades; verificar a prevalência da síndrome da fragilidade dos idosos; listar os fatores associados à síndrome da fragilidade dos idosos; conhecer a prevalência de cada variável que compõe a síndrome da fragilidade; analisar os fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas; identificar o nível de capacidade funcional nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas relacionando com as variáveis e sociodemográficas e econômicas; analisar os fatores socioeconômicos e demográficos associados às doenças crônicas não transmissíveis nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas; analisar o perfil dos idosos com câncer residentes na comunidade rural de Pelotas. O marco teórico/conceitual demonstra a síndrome da fragilidade em idosos e os fatores associados ao longo de sua vida e segue a linha de pensamento de Fried, et al (2001) e Nunes (2011). A metodologia caracteriza-se por um estudo de abordagem quantitativa, o delineamento proposto é um estudo de corte transversal, analítico, de base populacional com 823 idosos de 60 anos ou mais residentes na

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

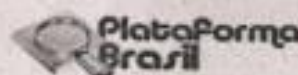
Município: PELOTAS

Telefone: (51)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cep/ce@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Protocolo 609/03

comunidade rural de Pelotas. Serão excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista estiverem viajando, privados de liberdade por decisão judicial, residindo em Instituições de Longa Permanência ou hospitalizados. A variável dependente será a presença da síndrome da fragilidade e as variáveis independentes os fatores sócioeconômicos e demográficos, fatores comportamentais, morbidades, quedas, auto-percepção de saúde e capacidade funcional. Será respeitado os aspectos éticos, sendo que, primeiramente, o projeto será cadastrado na plataforma Brasil, a qual o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a análise, sendo que, a coleta de dados somente iniciará após a aprovação do projeto pelo CEP. Seguindo os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 será apresentado aos idosos os objetivos do estudo, na concordância em participar, será entregue

o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, o qual será assinado pelo idoso e na impossibilidade desta será assinado pelo representante do idoso, assim como, assinado pela doutoranda e pesquisadora do estudo. Quanto a logística será realizado uma capacitação dos entrevistadores pela doutoranda e orientadora, as quais abordarão os passos a serem realizados durante a entrevista aos idosos, assim como sanarão dúvidas em relação ao instrumento de pesquisa e abordagem ao sujeito. E após a capacitação será feito um teste piloto com oito idosos da comunidade (um idoso para cada coletador) que não farão parte da amostra para coleta de dados, a fim de análise final do instrumento e avaliação do desempenho de cada entrevistador, sendo que estes dados não farão parte do estudo. A coleta de dados está prevista para os meses maio, junho e julho de 2014. O instrumento de coleta de dados consta dados sócioeconômico demográficos, dados clínicos e de comportamento, auto percepção de saúde, estado mental, fenótipo da fragilidade, capacidade funcional, sintomatologia depressiva, atividade física, qualidade de vida e quedas. Para a análise dos dados será utilizado o teste de qui-quadrado de heterogeneidade de Pearson, a regressão de Poisson, o teste de Wald de heterogeneidade e de tendência segundo o tipo de variável analisada. Os resultados desta pesquisa serão divulgados na apresentação da tese de doutorado, em eventos científico, em artigos científicos. Além de, serem apresentados aos gestores de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Síndrome da Fragilidade em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas, visando à prevalência e os fatores associados.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

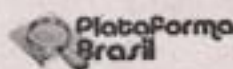
Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: caplan@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Formulário F-01/002

Objetivos Secundários:

Descrever o perfil dos idosos segundo características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e morbidades;

Verificar a prevalência da síndrome da fragilidade dos idosos;

Listar os fatores associados à síndrome da fragilidade dos idosos;

Conhecer a prevalência de cada variável que compõe a síndrome da fragilidade;

Analisar os fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade rural de Pelotas;

Identificar o nível de capacidade funcional nos idosos residentes na comunidade urbana de Pelotas relacionando com as variáveis sociodemográficas e econômicas;

Analisar os fatores socioeconômicos e demográficos associados às doenças crônicas não transmissíveis nos idosos residentes na comunidade rural de Pelotas;

Analisar o perfil dos idosos com câncer residentes na comunidade rural de Pelotas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de entrevistas com questões fechadas, não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O projeto não apresenta riscos físicos aos sujeitos do estudo, porém se alguma questão causar constrangimento no momento da coleta de dados, ele poderá negar-se a respondê-la, pois sua participação é livre e voluntária. O benefício de sua participação na pesquisa será sua contribuição para o conhecimento sobre a síndrome da fragilidade no idoso (SFI) e a construção de estratégias de prevenção e ações de saúde que atendam as reais necessidades do idoso fragilizado por essa síndrome.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa proposto é de grande relevância, pois abordará a prevalência e os fatores associados à Síndrome da Fragilidade em idosos na comunidade rural de Pelotas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequação:

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Rua Carlos Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

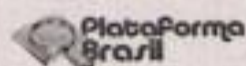
Telefone: (51)33321-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: ceplos@uol.com.br

Folha 02 de 04

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação de Parecer: 810.822

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

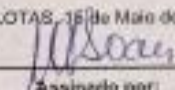
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 15 de Maio de 2014.


Assinado por:

Marília Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Centro Carreira nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3221-1523

E-mail: cep@ufpel.edu.br