

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

NARAIANNE FERREIRA FONSECA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Quedas em idosos: fatores preditores identificados por meio da Escala de Downton

URUGUAIANA

2017

NARAIANNE FERREIRA FONSECA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
Quedas em idosos: fatores preditores identificados por meio da Escala de Downton

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito para aprovação no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador (a): Enf. Prof. Dra. Cenir Gonçalves Tier

URUGUAIANA

2017
SUMÁRIO

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
MÉTODOS	6
RESULTADOS	6
DISCUSSÃO.....	7
CONCLUSÃO.....	9
REFERENCIAS	10
APÊNDICE A	12
APENDICE B.....	13
APENDICE C.....	17
ANEXO A	18

Quedas em idosos: fatores preditores identificados por meio da Escala de Downton

Naraianne Ferreira Fonseca¹, Cenir Gonçalves Tier²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi conhecer os fatores preditores de quedas em pessoas idosas domiciliadas, com foco em um envelhecimento ativo e com qualidade. Um estudo exploratório, descritivo de caráter quantitativo. Realizou-se uma entrevista estruturada referente aos dados sociodemográficos. Após as pessoas idosas foram avaliadas por meio do Fall Risk Score de Downton. Os dados foram coletados em 2013 e entrevistou-se 113 pessoas idosas, destas 97 foram incluídas na pesquisa. A maior parte da amostra ficou composta por mulheres. A média das idades ficou em torno de 70 anos. Das 97 pessoas idosas, 43 mencionaram ter sofrido pelo menos uma queda nos últimos 12 meses. Dos 56 que apresentaram alto risco para quedas, 37,1% são mulheres. Percebeu-se nesta pesquisa que muitos dos fatores de risco podem ser evitados por meio da prevenção e identificação dos hábitos de vida das pessoas idosas, bem como modificação sempre que possível das suas residências. Os dados encontrados permitiram perceber que, embora o ambiente em que os idosos vivem apresente risco de quedas, os fatores intrínsecos têm uma parcela bastante significativa no evento quedas.

DESCRITORES: Idoso, Quedas, Enfermagem

¹Universidade Federal do Pampa. Uruguaiiana, RS, Brasil. email: narafonsekinha@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem Unipampa. Uruguaiiana, RS, Brasil. email: cgtier@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo mundial que ocorre de forma mais acentuada, atualmente, nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil (MORSCH, 2016). Em conjunto com essa transição demográfica, ocorre também a epidemiológica, que se traduz num aumento da incidência de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes. Tais doenças, associadas às modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, aumentam o risco de quedas em pessoas idosas (OMS, 2015).

A proporção de idosos que apresenta comprometimento na capacidade funcional aumenta com o avançar da idade. As quedas representam impacto importante sobre a capacidade funcional das pessoas idosas (Lima et al.; 2003). A funcionalidade ou capacidade funcional compõe um dos parâmetros da qualidade de vida nesta população e é expressa por meio da independência funcional (habilidade para executar tarefas do cotidiano) e autonomia funcional (capacidade de decidir, delegar funções) sem que nas duas opções seja tão necessária a solicitação de ajuda (D`ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

As quedas são caracterizadas pela mudança não intencional de posição do indivíduo para um nível inferior em relação a sua posição inicial, e que não tenha resultado de um fator intrínseco (como um acidente vascular cerebral ou uma síncope) ou de um acidente inevitável (MORSCH, 2016).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) descreve que envelhecer centra-se em manter a capacidade funcional e a autonomia do idoso como meta de toda ação de saúde e que o envelhecimento bem sucedido apresenta três componentes: menor probabilidade de doença; alta capacidade física e mental; engajamento social ativo com a vida (BRASIL, 2006a). Inserido na PNSPI pode-se perceber a importância da promoção de saúde e da prevenção de doenças ou de acidentes, como as quedas.

As questões relacionadas à epidemiologia das quedas em idosos e os custos originados destes acidentes têm-se apresentado de forma frequente nos países desenvolvidos. Naqueles em desenvolvimento, há necessidade de pesquisas que direcionem os caminhos para intervenções adequadas. Um estudo realizado em São Paulo apresentou que das 195.009 internações por causas externas em 2005, as quedas lideram com 48,2% do total destas internações. Os custos oneram o SUS pela sua grande incidência na população. Desta forma, deve-se obter especial atenção para a população de 60 anos e mais, que é bastante suscetível a este agravo. Declínios da função auditiva, visual e musculoesquelética podem ser resgatados com avaliações e tratamento oftalmológicos, audiológicos e de atividades físicas (BRASIL, 2006b).

Estudos epidemiológicos com idosos brasileiros mostram que as quedas atingem de 30 a 40%. Uma amostra verificou que 10,8% dos idosos relataram duas ou mais quedas com prevalência de fratura óssea de 5,2%. Outra análise apontou que 12,1% tiveram fratura como consequência. Com isso, nota-se que a frequência dessas quedas sofre influência da progressão da idade e do nível de fragilidade, fazendo com que a cada ano, no Brasil, cerca de 10% da população com idade acima de 75 anos perca a independência em uma ou mais atividades da vida diária (D`ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; VRIES; PEETERS; LIPS; DEEG, 2013).

O evento quedas representa impacto importante sobre a capacidade funcional dos idosos (LIMA et al.; 2013). Entre as consequências mais citadas menciona-se as fraturas (24,3%), o medo de cair (88,5%), o abandono das atividades (26,9%), a

modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%) (BAROOS; MAIO; PAGLIUCIA, 2011; LUZ et al., 2013).

Dentro do contexto apresentado, entende-se a importância do profissional enfermeiro como promotor de orientações que tenham como foco a prevenção das quedas e manutenção da funcionalidade das pessoas idosas (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014). Cabe ao profissional enfermeiro a elaboração de um plano de cuidados mais eficaz, ao concentrar os esforços e ações nos fatores de risco conhecidamente mais significantes, como, por exemplo, os fatores extrínsecos que por sua vez podem ser os mais facilmente passíveis de mudança. Desta forma, podem-se manter favoráveis as condições de saúde do idoso e contribuir para um envelhecimento ativo e cada vez mais independente (COSTA et al.; 2013).

A justificativa pauta-se na atenção ao idoso no que concerne na prevenção de quedas para assim auxiliar com ações preventivas.

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantêm por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera mais gasto para a saúde pública. Entre alguns países do norte da América e Europa, verificou-se que o tempo de permanência no hospital costuma variar de quatro a 15 dias. Isso se prolonga ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos cujas políticas de saúde sofrem com falta de suporte financeiro e estratégias eficazes para tornar disponível um tratamento adequado (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Assim, buscou-se responder a seguinte pergunta: Quais os fatores preditores de quedas em pessoas idosas domiciliadas e que abrangem uma Estratégia de Saúde da Família de um município da Região Oeste do Rio Grande do Sul?

Tem-se como objetivo conhecer os fatores preditores de quedas em pessoas idosas domiciliadas, como foco em um envelhecimento ativo e com qualidade.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório, descritivo de caráter quantitativo. Este artigo utilizou-se dos dados secundários de um banco de dados do projeto intitulado: Fatores preditores de quedas em idosos domiciliados adscritos em uma unidade básica de saúde de um Município da Região Oeste do Rio Grande do Sul

Os dados foram coletados em 2013 e entrevistou-se 113 pessoas idosas. Os critérios de inclusão ter condições físicas e de comunicação para responder a entrevista e abrangerem as áreas da Estratégia de Saúde pesquisada.

Neste sentido, a amostra ficou composta por 97 pessoas idosas. Primeiramente realizou-se a entrevista estruturada referente aos dados sociodemográficos (sexo, idade, renda, escolaridade, ocupação, se moravam com alguém). Após as pessoas idosas foram avaliadas por meio do Fall Risk Score de Downton, a qual enfoca alguns fatores presentes nas quedas, como, por exemplo, quedas anteriores, administração de medicamentos, déficit sensorial, estado mental e deambulação. Para indicar risco de quedas, o participante deve apresentar uma pontuação >2.

Os dados da pesquisa foram tabulados em uma planilha Excel versão 2003 e analisados por meio da estatística descritiva e percentual.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Pampa, sob Parecer nº088/2013 e as pessoas idosas participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída pelas entrevistas de 97 pessoas idosas, no

qual, 60 (61,8%) eram e a média das idades ficou em torno de 70 anos.

A renda variou entre um a um salário mínimo e meio, na época da pesquisa o salário mínimo nacional era de R\$678,00. Quanto à escolaridade 43(44,3%) das pessoas idosas estudaram até quatro anos, sendo destas 25 (25,7%) mulheres, 19 (19,5%) até oito anos no qual 14 (14,4%) eram mulheres, 04 (4,1%) mais de doze anos no qual 03 (0,3%) eram mulheres, 15 (15,4%) não estudou e não sabe ler e escrever onde 10 (10,3%) eram mulheres, e 16 (16,4%) referiram não ter frequentado a escola, mas aprenderam a ler e escrever, no qual 8 (8,2%) eram homens.

Quando questionados sobre sua ocupação 07 (7,2%) referiram estar aposentados, porém continua trabalhando no qual destes 04 (4,1%) eram homens, 04 (4,1%) eram aposentados e pensionistas no qual 02 (0,2%) eram homens, e 74 (76,2%) eram aposentados onde 34 (35%) eram mulheres, 03 (0,3%) eram pensionistas no qual em sua totalidade eram mulheres, 02 (0,2%) mulheres somente trabalhavam e 08 (8,2%) mulheres não exerciam função remunerada.

No que se refere morar com alguém 14 (14,4%) das pessoas idosas mencionaram morar sozinho, sendo que destes 9 (9,2%) eram mulheres, 20 (20,6%) com o cônjuge, destes 10 (10,3%) eram homens, 11 (11,3%) com os filhos, onde 11 (11,3%) eram mulheres, 09 (9,2%) com cônjuge, filhos e netos no qual 05 (5,1%) eram mulheres e 20 (20,6%) com cônjuge e filhos, sendo deste 12 (12,37%) eram mulheres.

Os dados após a aplicação da escala de Downton a qual enfoca fatores preditores de quedas, como, quedas anteriores, administração de medicamentos, déficit sensorial, estado mental e deambulação. Para indicar risco de quedas, o participante deve apresentar uma pontuação >2 , Com a amostra de 97 pessoas idosas ficaram da seguinte forma. Quanto à prevalência de quedas 43 (44,3%) pessoas idosas mencionaram ter sofrido pelo menos uma queda nos últimos 12 meses, destes 28 (28,8%) eram mulheres.

Quanto ao alto risco para quedas das 97 pessoas idosas entrevistadas, 55 (56,7%) apresentaram alto risco de quedas e, destas, 36 (37,1%) eram mulheres.

Dos déficits avaliados, 55 (56,7%) pessoas idosas apresentaram problemas visuais no qual 41(42,2%) eram mulheres, auditivo 05 (5,1%) sendo destes 03 (0,3%) homens, visual e auditivo 15 (15,4%) onde os homens representavam 10 (10,3%) deste total, visual, auditivo e extremidades em um por cento, sendo este um homem.

A avaliação do estado mental ficou da seguinte forma: 92 (94,8%) apresentaram-se orientados no qual 57 (58,7%) eram mulheres e 05 (5,1%) confusos onde destes 03 (0,3%) eram mulheres.

No quesito deambulação 85 (87,6%) apresentaram normalidade onde destes 53 (54,6%) eram mulheres, 09 (9,2%) deambulam com ajuda no qual 05 (5,1%) eram mulheres, 01 (0,1%) caminha mulher deambula de forma insegura e 02 (0,2%) não conseguem deambular, pois encontravam-se acamados, no qual um era homem.

Quanto ao uso de medicamentos destaca-se o uso de hipotensor por 54 (55,6%) das pessoas idosas, destes 35 (36%) eram mulheres, 16 (16,4%) fazem uso de tranquilizantes sedativos onde 09 (9,2%) são mulheres, 04 (4,1%) utilizam antidepressivos onde 03 (0,3%) eram mulheres, e 36 (37,11%) referiram fazer uso de mais de um medicamento no qual destes 25 (25,7%) eram mulheres.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado nesta pesquisa vem ao encontro com os dados do IBGE que apontam para um processo de feminilização da velhice cada vez mais evidente e uma expectativa de vida de sete anos a mais das mulheres quando comparada aos homens. Porém estas são mais acometidas por doenças crônico-

degenerativas (SILVA, et al., 2012).

Em relação aos dados apurados neste estudo é possível perceber predomínio do sexo feminino, faixas etárias de idosos mais jovens, maior número de casados, bem como baixo nível de escolaridade e aposentados. Dentre estas características, sexo feminino, ter baixa escolaridade e estar aposentado relacionam-se com a maior predisposição às quedas, pois são considerados fatores limitantes e incapacitantes para a vida do idoso (BATISTONI; NAMBA, 2010).

A renda até três salários-mínimos esteve associada a uma tendência de trauma por queda. Nível socioeconômico baixo e tempo de escolarização foram associados a mulheres com dependência moderada ou grave para as atividades de vida diária (RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

Idosos analfabetos e com renda per capita menor que 250 reais mostraram-se com maior chance para uma diminuição da capacidade funcional. Dessa forma, o nível socioeconômico desse grupo parece ter importante influência nas condições de saúde, especialmente na capacidade funcional (NUNES; RIBEIRO; ROSADO; FRANCESCHINI; 2009).

Há que se considerar o fato de que a queda em indivíduos idosos provoca também uma reação por parte dos familiares ou demais que dividem a mesma moradia. Sabe-se que, após a queda, indivíduos que convivem com a pessoa idosa podem, por meio de seus atos aparentemente precavidos, facilitar o processo de dependência e o inevitável aumento da fragilidade. Com medo de que o evento ocorrido tenha episódios consecutivos, procura-se preventivamente restringir algumas atividades anteriormente executadas pelo idoso (COSTA et al., 2013). Desta forma é imprescindível que mesmo após uma queda se mantenha a autonomia das pessoas idosas, com precauções, porém sem interferir em sua autonomia.

Nesta pesquisa 43 (44,3%) dos idosos sofreram quedas ao menos uma vez nos últimos doze meses. Assim, ressalta-se que as quedas prévias são consideradas como um dos fatores mais associados a novos eventos (SOUSA; STREMELE; GRDEN; BORGES et al., 2016).

Dos 43 (44,3%) de idosos que relataram ter sofrido ao menos uma queda nos últimos doze meses apenas cinco não apresentavam déficit visual ou auditivo. As alterações fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento podem afetar o desempenho visual e levar ao risco de quedas. O déficit na acuidade visual, aumento da suscetibilidade à luz e a instabilidade na fixação do olhar são fatores que podem provocar a perda do equilíbrio, uma vez que, a função sensorial da visão auxilia no mecanismo de controle postural (GOMES, 2014)

Sabe-se que a audição e a visão exercem papel fundamental no equilíbrio. Em relação à tontura, o próprio sistema vestibular é bastante influenciado, visto que seu papel é fundamental na manutenção do equilíbrio. Problemas nesse sistema podem levar os idosos a sofrer vertigem. As síndromes metabólicas também podem levá-los à tontura e, por fim, à queda (ALMEIDA, 2012).

Na presente pesquisa 54 (55,6%) das pessoas idosas que sofreram quedas possuíam hipertensão arterial sistêmica. A presença de doenças crônico-degenerativas como hipertensão, diabetes, artrite, osteoporose e demência é considerada uma das causas que contribuem para a hospitalização da pessoa idosa, principalmente quando estão associadas ao episódio de quedas (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2014).

O perfil de saúde dos idosos que caem inclui a hipertensão arterial sistêmica, insuficiência coronária, osteoporose e redução da acuidade visual gerada pela catarata. A diabetes mellitus apresenta consequências como decréscimo da função sensorial motora, déficit neuromuscular e musculoesquelético e complicações farmacológicas.

Em decorrência disso esta doença tem sido referenciada como de risco para quedas (GASPAROTTO, FALSARELLA, COIMBRA, 2014).

No presente estudo 36 (37,11%) das pessoas idosas relataram que faziam uso de polifarmácia. Conforme estudos realizados por Lojudce et al., (2010); Payne et al., (2013); Rezende; Gaede-Carrillo; Sebastião (2012) constataram que existe uma grande associação entre o uso de medicamentos, especialmente a polifarmácia, e o risco para quedas.

A importância do impacto da queda para a saúde pública resume-se a sua relação com altos níveis de morbidade e mortalidade, redução de funções, hospitalização, institucionalização e alto custo em saúde e serviços sociais (PERREIRA; CEOLIM; NERI, 2013)

Prevenir quedas sempre será a opção mais eficaz e barata. Estudos mostram que as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos. A atividade física atua como grande método de prevenção e pode ser adaptada aos deficits que já estejam presentes na pessoa idosa, como treino de marcha, de equilíbrio, cuidados com hipotensão postural e transferências (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

A prevenção deve englobar fatores multidimensionais para se atingir não somente um grau aceitável de adesão das pessoas idosas, mas uma redução importante no número de quedas (GOODWIN; BRIGGS, 2012). Os autores indicam o trabalho de educação informativa sobre os fatores de risco e, em conjunto, trabalhos de força muscular, treino de equilíbrio e propriocepção. Atividades como tai-chi têm sido reportadas como importante alternativa de exercício de forte impacto na prevenção de quedas. O estudo ressalta a importância de se associar elementos diferenciados na abordagem preventiva para o evento quedas.

CONCLUSÃO

Percebeu-se nesta pesquisa que muitos dos fatores de risco podem ser evitados por meio da prevenção e identificação dos hábitos de vida das pessoas idosas, bem como modificação sempre que possível das suas residências. Os dados encontrados permitiram perceber que, embora o ambiente em que os idosos vivem apresente risco de quedas, os fatores intrínsecos têm uma parcela bastante significativa no evento quedas.

Por isso, como se trata de um evento bastante comum e frequente, é importante o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os mecanismos da queda, de modo a poder identificar esses fatores precocemente, para assim promover e implementar estratégias de prevenção dos riscos. Assim, constatou-se que a escala de Downton é um importante e sensível instrumento para identificar os fatores preditores de quedas em pessoas idosas.

A importância de se avaliar o risco quedas dos idosos é fundamental para realização de medidas preventivas. Contudo, faz-se necessário uma conscientização da população para que esse evento tão frequente não seja apenas tratado após a sua ocorrência, e sim trabalhar no sentido de implementar ações preventivas, proporcionando desta forma uma melhor qualidade de vida as pessoas idosas, assim como uma redução nos gastos destinados ao tratamento das consequências das quedas.

Esta pesquisa apresenta dados importantes e, assim sugere-se que novos estudos e instrumentos sejam utilizados para avaliar o risco de quedas em pessoas idosas e, assim avistar futuros desenvolvimentos nesta temática, de forma a que todos possamos contribuir para que o número de quedas registradas diminua e diminua consecutivamente as consequências das mesmas através da implementação de uma política preventiva

apostando na prevenção dos fatores de risco.

REFERENCIAS

ALMEIDA, S.T.; SOLDERA, C.L.C; CARLI, G.A.; GOMES, I.; RESENDE, T.L.; Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. Rev. assoc. méd. bras., São Paulo, v. 58, n. 4, p. 427-433, 2012.

Barros TB, Maio, ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. Rev Rene 2011; 12(4):732-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Rev. Saúde Pública, v.40, n.3, p.553- 556, 2006b.

Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm 32(4):676-81. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753/14441>

D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem os idosos da perda funcional: estudo epidioso. Rev Saúde Pública 2011;45(4): 685-92.

FABRICIO, S.C.C; RODRIGUES RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. Rev Enferm UERJ 2006 Out/Dez;14(4):531-7.

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

GOMES, E.C.C; MARQUES, A.P.O; LEAL, M.C.C; BARROS, B.P.Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3543-3551, 2014

Goodwin V, Briggs L. Guidelines for the Physiotherapy management of older people at risk of falling [Internet]. [S.l.]: AGILE falls guidelines working group; 2012 [acesso em 20 Set 2012]. 1-8 p. Disponível em: <http://agile.csp.org.uk/news/2012/08/16/guidelines-physiotherapymanagement-older-people-risk-falling>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009.

Lima MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública 2003;19(3):735-43

LOJUDICE, D.C.; LAPREGA, M.P.; RODRIGUES. A.P.; RODRIGUES, A.L. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300007&lng=pt&nrm= iso>.

MORSCH, P; MYSKIW, M; MYSKIW, J.C .A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. Ciência & Saúde Coletiva, 21(11):3565-3574, 2016.

NUNES, M.C.R; RIBEIRO, R.C.L; ROSADO, L.E.F.P.L; FRANCESCHINI, S.C;

Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2009.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo. Genebra: OMS; 2015.

PAYNE, R.A.; ABEL, G.A.; SIMPSON, C.R.; MAXWELL, S.R.;. Association between prescribing of cardiovascular and psychotropic medications and hospital admission for falls or fractures. *Drugs & aging, Auckland, CHN*, v. 30, n. 4, p. 247-254, 2013.

PERREIRA, A.A; CEOLIM, M.F; NERI, A.L. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. *Cad Saúde Pública* 2013 Mar;29(3):535-46.

Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2014

SILVA, A.; FALEIROS, H.H; SCIMIZU, W.A.L; NOGUEIRA, L.M; et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2181-2190, ago. 2012.

SOUSA, J.A.V; STREMEL, A.S.F; GRDEN, C.R.B; BORGES, P.K.O; RECHE, P.M; SILVA, J.H.O. Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados *Rev Rene.* 2016 maio-jun; 17(3):416-21

REZENDE, C.P; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO, E.C.O. Falls in elderly brazilians and the relationship to medication: a systematic review. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

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

APENDICE A

Fall Risk Score de Downton

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

Alto Risco > 2.

APENDICE B

Normas da Revista

www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/about/editorialPolicies#custom-2 Pesquisar

Equipe Rev Rene

Editor Chefe: Dra. Ana Fatima Carvalho Fernandes

Editores de Seção

Conselho Editorial

Editor Técnico: Norma de Carvalho Linhares

Secretaria: Antônia Sampaio

Preparação do manuscrito para submissão

Formatação

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5 cm cada um dos lados, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados a 1cm.

Primeira página

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado somente no idioma de submissão, em negrito; com no máximo 14 palavras, em caixa baixa, inicial maiúscula para primeira palavra e/ou nomes próprios, centralizado, letra 12, *Times New Roman*. Evitar utilizar: localização geográfica da pesquisa, abreviações e identificação do tipo de estudo.

Autores: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a seis e devem apresentar-se na sequência do texto, em tamanho 12, iniciais maiúsculas, separados por vírgula, com números sobrescritos.
Ex.: Ana Fátima Carvalho Fernandes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira²

Resumo: deve ser estruturado, sem siglas, somente no idioma de submissão, contendo no máximo 150 palavras, objetivos, métodos (sem período e local do estudo), principais resultados e conclusões, fornecendo visão clara e concisa do conteúdo. Deve ser redigido em espaço 1,5cm, letra 12, Times New Roman, na mesma sequência do título.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e/ou MESH/ "Medical Subject Heading" - Index Medicus. Nomenclatura dos descritores: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço [http:// http://decs.bvs.br/](http://http://decs.bvs.br/) e/ou MESH/ "Medical Subject Heading" - Index Medicus. Nomenclatura dos descritores: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Notas dos autores: indicação de instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país. Seguidamente, informar nome e endereço completo com CEP do autor correspondente.

As afiliações dos autores, bem como seus endereços eletrônicos devem ser expressas em Metadados da Submissão.

Ex.: ¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Autor

Endereço completo: informar CEP e e-mail

Corpo do texto

Texto: Não utilizar siglas no texto, priorizar sua descrição, com exceção para aquelas reconhecidas internacionalmente. Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito.

Introdução - A finalidade da introdução é apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo, ademais enunciar, com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução e para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

Métodos - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e das técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture da seguinte forma, sem subitens: tipo de desenho de pesquisa, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta (dos últimos cinco anos) e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine com a seguinte frase: o estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

Discussão - Deve apresentar a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e sua aplicabilidade prática.

Nota: Os trabalhos devem apresentar os resultados separados da discussão.

Conclusão: Apresentar a escrita em frase clara, simples e direta, demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão. Nesta seção, não devem conter citações.

Agradecimentos: item opcional. Podem ser incluídas pessoas envolvidas que não se configuram como autores ou instituições. No caso de apoio financeiro de instituição, informar número de processo.

Colaborações: item obrigatório. Informar em relação aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Referências - as referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo [Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas](http://www.icmje.org), disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve justificar. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* e *International Nursing Index*. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: [http://ccn.ibict.br /busca.jsf](http://ccn.ibict.br/busca.jsf) e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>. As referências são utilizadas para convencer o leitor acerca da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, fornecem maior credibilidade ao trabalho. **Observação:** deve-se priorizar a citação de referências atualizadas, ou seja, publicadas nos últimos cinco anos, considerando o momento da submissão do manuscrito.

- Devem ser citadas de periódicos científicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante com o assunto abordado;
- Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor, como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais etc.) ou obras de reduzida expressão científica. A atualidade da referência, isto é, a citação de obras recentes, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais;
- No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores. Ex: ⁽¹⁾. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10).
- Devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;
- As referências a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, deverão ser citadas com o título em inglês;
- Não incluir mais de 20 referências e menos de 15.

Na lista ao final:

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das

Na lista ao final:

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al., separando-os por vírgula.

Páginas: suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48. Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: (1:15)

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: "Disponível em", "citado ano mês dia" [citado 2014 jan. 20]; Inglês: "Available from" e "cited ano mês dia" [cited 2014 Jan 20] etc.

Elementos integrantes

Falas: em estudos qualitativos, as falas devem ser apresentadas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo. Não utilizar itálico na identificação do depoente.

Tabelas: limitadas a três, no conjunto. Devem ter títulos concisos (não apresentar local e ano do estudo), numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco, sem sombreamento e dentro do próprio texto. Formatar com a ferramenta do Word "inserir tabela", utilizar letra 12, fonte *Times New Roman*. Não ultrapassar uma página.

Figuras: são assim denominadas quadros, gráficos, desenhos e fotografias; devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem citadas no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja o mesmo das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para sua reprodução. Devem apresentar-se em preto e branco. Os títulos devem ser apresentados abaixo das ilustrações.

Abreviações e símbolos: não devem ser utilizadas, optar por descrevê-las, à exceção das reconhecidas internacionalmente.

Notas de rodapé: não devem ser utilizadas.

Exemplos de referências**1. Artigo padrão****Exemplos de referências****1. Artigo padrão**

Moreira RP, Araújo TL, Pagliuca LMF. Physical mobility of stroke patients in the home: a proposed concept. *Rev Rene*. 2013; 14(5):920-8.

2. Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol*. 2000; 75(6):28-32.

3. Com mais de seis autores

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009; 360(2):129-39.

4. Instituição como Autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

5. Volume com suplemento

Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1):24-6.

6. Editoriais

Kerr LRFS, Kendall C. Qualitative research in health [editorial]. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1061-3.

Livros**7. Indivíduo como autor**

Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

8. Organizador, Editor, Coordenador como autor

Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.

9. Capítulos de livro

Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

8. Organizador, Editor, Coordenador como autor

Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.

9. Capítulos de livro

Pagliuca LMF, Rebouças CBA, Sampaio AFA. Tecnologias educativas para pessoas com deficiência visual. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 181-96.

10. Artigo em formato eletrônico

Moreira RP, Araujo TL, Cavalcante TF, Oliveira ARS, Holanda GF, Morais HCC et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2010 [citado 2015 jan. 13]; 12(3):425-30. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a02.htm>

11. Documentos Legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Envio dos manuscritos

As submissões dos artigos deverão, obrigatoriamente, ser por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista>

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60430-160

Tel.: + 55 85 3366-8453

E-mail: rene@ufc.br

Site: www.revistarene.ufc.br

APÊNDICE C

Carta de Solicitação de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa
Ministério da Educação
Universidade Federal do Pampa

Solicitação de autorização

Eu, Naraianne Ferreira Fonseca, graduanda do curso de solicito autorização da coordenadora da pesquisa intitulada: Fatores preditores de quedas em idosos domiciliados adscritos em uma unidade básica de saúde desenvolvida pela docente Cenir Gonçalves Tier da Universidade Federal de Pampa, para utilizar os dados da pesquisa supracitada para a minha pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Uruguaiana , 08 de março de 2017.

Naraianne Ferreira Fonseca

Matrícula: 122150167

ANEXO A

Entrevista Estruturada Socioeconômica

Instrumento para coleta de dados**Caracterização dos idosos investigados**

1. Sexo: 1.1 masculino () 1.2 feminino ()
2. Idade: ____
3. Estado civil. 3.1 solteiro () 3.2 casado () 3.3 viúvo () 3.4 divorciado ()
4. Escolaridade
 - 4.1 Não frequentou a escola e não sabe ler e nem escrever
 - 4.2 Não frequentou a escola mas sabe ler e escrever
 - 4.3 Frequentou a escola por 4 anos ()
 - 4.4 Frequentou a escola por 8 anos ()
 - 4.5 Frequentou a escola por 12 anos ()
 - 4.6 Frequentou a escola por mais de 12 anos ()
5. Ocupação
 - 5.1 Aposentado
 - 5.2 Aposentado e trabalha () onde _____
 - 5.3 Somente trabalha () onde _____
 - 5.4 Não tem ocupação ()
6. Renda (em salários mínimos)
_____ salários mínimos
7. Com quem mora:
 - 7.1 sozinho () 7.2 com cônjuge () 7.3 filhos () 7.4 sobrinhos () 7.5 netos () 7.6 outro () quem _____